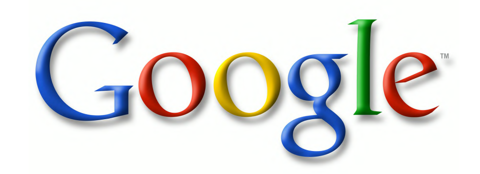
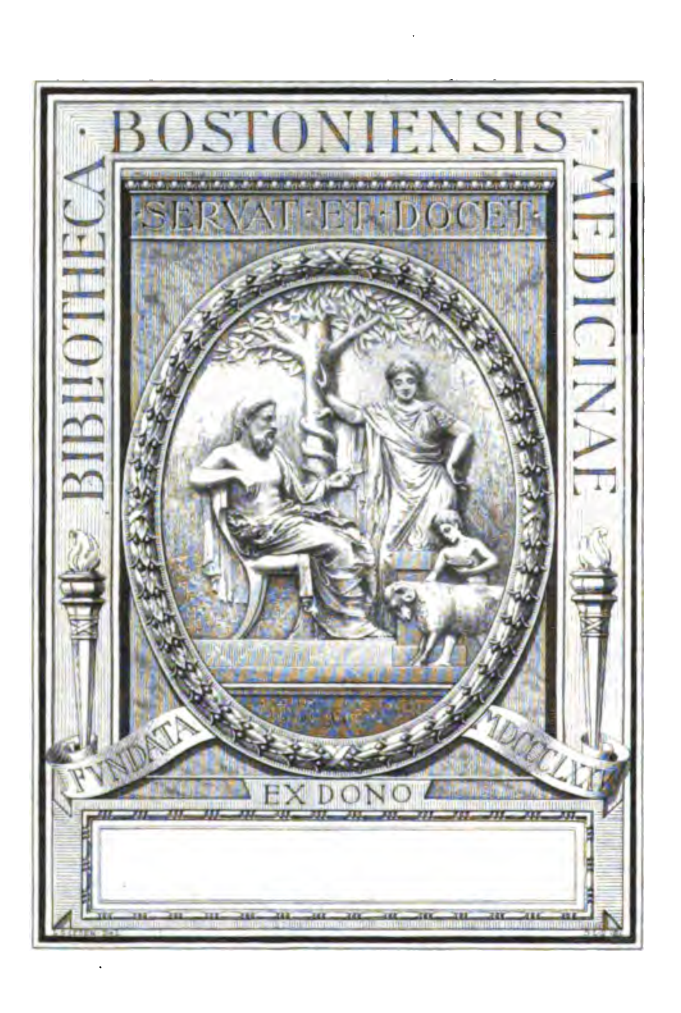





BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXX
EX DONO

ANNALES

DE LA

SOCIÉTÉ BELGE

DE CHIRURGIE

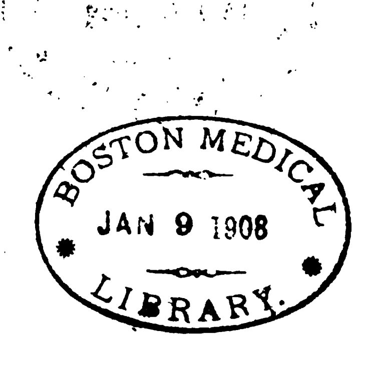
SECRÉTAIRE :

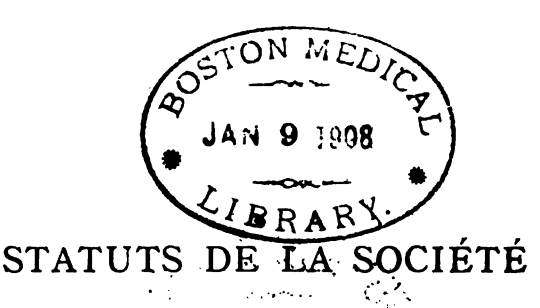
Dr H. VERNEUIL

TOME HUITIÈME. — 1900.

BRUXELLES
Henri LAMERTIN, Libraire-Éditeur
Rue du Marché au Bois, 20

1900


BOSTON MEDICAL
JAN 9 1908
LIBRARY.



STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ARTICLE PREMIER. — Il est formé en Belgique une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société belge de chirurgie.*

ART. 2. — Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie. Ses travaux comprennent tout ce qui a rapport aux sciences chirurgicales.

ART. 3. — La Société se compose de :

1° Membres titulaires;

2° Membres honoraires;

3° Membres correspondants;

4° Membres honoraires et associés étrangers.

ART. 4. — Le nombre des membres titulaires est limité et fixé à cinquante.

Sont membres titulaires :

1° Les membres fondateurs;

2° Les membres correspondants qui seront élus chaque année par la Société dans sa séance générale.

Cette élection se fera au scrutin secret et à la majorité des suffrages.

ART. 5. — Sont admis comme membres honoraires :

1° Les chirurgiens qui ont atteint l'âge de soixante ans et qui seront nommés par la Société;

2° Les membres titulaires qui en auront fait la demande, après cinq ans de participation aux travaux de la Société.

ART. 6. — Pour devenir membre correspondant, il faut :

1° Avoir présenté à la Société un *travail inédit* qui sera soumis à l'examen d'un des membres de la Société;

2° Avoir adressé à la Société une demande écrite;

3° Être présenté par quatre membres titulaires;

4° Réunir les deux tiers des voix des membres présents.

Le nombre des membres correspondants est fixé à trente. L'élection des membres correspondants se fait au scrutin secret, à l'assemblée générale annuelle.

ART. 7. — La Société nommera parmi les chirurgiens étrangers des membres honoraires.

ART. 8. — Peuvent être nommés associés étrangers, les chirurgiens qui auront adressé à la Société une demande accompagnée d'un *travail inédit* ou imprimé. L'élection se fait au scrutin secret et à la majorité des suffrages.

L'élection des membres honoraires et associés étrangers se fait à l'assemblée générale.

Composition du Bureau.

ART. 9. — Le Bureau se compose de :
Un Président;
Deux Vice-Présidents;
Un Secrétaire;
Un Trésorier.

ART. 10. — Tous les membres du Bureau sont nommés pour un an. Ils sont rééligibles, à l'exception du Président, qui ne pourra être nommé de nouveau qu'après un intervalle de deux ans.

L'élection se fait au scrutin secret et à la majorité des membres présents, lors de la réunion générale annuelle.

Séances de la Société. — Publications.

ART. 11. — La Société se réunit en séance le troisième samedi de chaque mois, à 2 heures de l'après-midi, à l'Université de Bruxelles.

ART. 12. — Il y a tous les ans une assemblée générale qui se tiendra le troisième samedi du mois de janvier.

ART. 13. — Tous les ans, les membres de la Société se réuniront en un congrès soit à Bruxelles, soit dans l'une ou l'autre grande ville du pays. Ce congrès se fera sous les auspices d'un comité local.

ART. 14. — La Société publiera le premier samedi de chaque mois un bulletin contenant le compte rendu des séances, les travaux des membres et les mémoires originaux qui auront été désignés par la Société.

ART. 15. — Tout travail présenté par un membre de la Société ne pourra être soumis à discussion qu'après avoir été publié dans les *Annales*. Le titre de ce travail figure à l'ordre du jour de la séance qui suit sa publication. L'auteur est autorisé, dans cette séance, à donner un résumé de son travail et à signaler les points sur lesquels il désire appeler la discussion.

ART. 16. — Tout travail présenté par une personne étrangère à la Société est soumis à l'examen d'un membre de la Société, qui présente un rapport à la séance suivante. Ce rapport est discuté en séance et publié dans les *Annales*. Un vote est émis sur les conclusions du rapport.

Les chirurgiens étrangers à la Société pourront, avec le consentement du Bureau, présenter des malades aux séances. Dans ce cas, la Société décidera immédiatement, par un simple vote, si la communication sera publiée dans les *Annales*.

Recettes et dépenses.

ART. 17. — Les recettes comprennent :

1° La cotisation annuelle des membres titulaires, qui est fixée pour les membres habitant Bruxelles à la somme de 90 francs et pour les membres habitant la province à la somme de 40 francs.

Les membres titulaires habitant Bruxelles touchent un jeton de présence de 5 francs, payable à la fin de la séance;

2° La cotisation des membres honoraires et correspondants, qui est fixée à 20 francs;

3° Le produit des publications;

4° Les dons spéciaux.

ART. 18. — Les dépenses comprennent :

1° Les frais de bureau et d'administration;

2° Les frais de publication.

La Société se réserve le droit d'établir des concours et de décerner des prix.

Démissions.

Art. 19. — Perdent leur titre de membre de la Société, ceux qui auront été déclarés indignes par un vote secret réunissant les quatre cinquièmes des suffrages. Cette détermination ne pourra être prise que par une assemblée convoquée à cet effet et après avoir entendu la défense du membre incriminé.

Art. 20. — Sont considérés comme démissionnaires, les membres titulaires qui, sans motifs sérieux, n'auront pas assisté, pendant toute une année, à une seule des séances de la Société. Ils recevront un avertissement après une absence d'un semestre.

Attributions des membres.

Art. 21. — Les membres titulaires ont seuls voix délibérative. Ils peuvent seuls faire partie du Bureau et des Commissions.

Art. 22. — Les séances sont publiques.

Les membres honoraires, correspondants et associés prennent part aux discussions.

PERSONNEL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

COMPOSITION DU BUREAU

POUR L'ANNÉE 1900

Président :	MM. **L. Blondez.**
Vice-Présidents :	**C. Willems.**
	A. Gallet.
Secrétaire :	**H. Verneuil.**
Trésorier :	**J. Lorthioir.**

MEMBRE D'HONNEUR

M. le professeur **Soupart.**

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Barthels, A.**, chirurgien, à Bruges.

Sacré, J., professeur à l'Université de Bruxelles.

Van Volxem, T., chirurgien honoraire des hôpitaux de Bruxelles.

De Wandre, V., chirurgien, à Anvers.

Thiriar, J., professeur à l'Université de Bruxelles, chirurgien des hôpitaux.

MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS

MM. les professeurs ALBERT, Vienne;
D'ANTONA, Naples;
BARDENHEUER, Cologne;
BASSINI, Padoue;
VON BERGMAN, Berlin;
BOECKEL, Strasbourg;
CECCHERELLI, Parme;
LUCAS CHAMPIONNIÈRE, Paris;
MAC CORMAC, Londres;
CUMSTON, CH.-G., Boston;
CZERNY, V., Heidelberg;
DEMONS, Bordeaux;
DITTEL, Vienne;
DURANTE, Rome;
VON ESMARCK, Kiel;
MAC EWEN, Glascow;
GÜSSENBAUER, Vienne;
GUYON, Paris;
HORSLEY, Londres;
JULLIARD, G., Genève;
KEEN, J., Philadelphie;
KOCHER, Berne;
KŒBERLÉ, Strasbourg;
KŒNIG, Berlin;
LANNELONGUE, Paris;
LISTER, Londres;
NOVARO, Bologne;
OLLIER, Lyon;
PHELPS, New-York;
REVERDIN, JACQUES, Genève;
SAYRE, New-York;
SCHEDE, Bonn;
SENN, Chicago;
SEVEREANU, CONSTANTIN, Bucarest;
SOCIN, Bâle;
TERRIER, Paris;
THOMSON, Londres;
TRENDELENBURG, Leipzig.

MEMBRES TITULAIRES

Blondez, L., chirurgien, à Leuze.

Charon, E., professeur de clinique chirurgicale infantile à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.

Colson, L., chirurgien à l'hôpital civil de Gand, agrégé à l'Université.

Cordemans, chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles.

Dandois, L., professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Louvain.

Debaisieux, Th., professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Louvain.

Debersaques, Ch., assistant de clinique chirurgicale à l'Université de Gand.

Dejardin, chirurgien adjoint aux hôpitaux de Liége.

Delcroix, chirurgien, à Bruxelles.

Delétrez, A., chirurgien à l'Institut chirurgical, à Bruxelles.

Dekeersmaecker, chirurgien, à Anvers.

Depage, A., chirurgien des hôpitaux, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Deschamps J., chirurgien à l'hôpital des Anglais, à Liége.

Desguin, L., chirurgien à l'hôpital Sainte-Élisabeth, à Anvers.

Dubois, V., chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.

Gallet, A., chirurgien à l'hôpital Saint-Jean, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Gevaert, G., agrégé à l'Université de Bruxelles, chirurgien à l'hospice des Enfants assistés.

Goris, chirurgien, à Bruxelles.

Hannecart, chirurgien adjoint au Sanatorium de Bruxelles.

Hendrix, L., chirurgien à la Policlinique libre de Bruxelles (orthopédie).

Kufferath, Ed., professeur à l'Université de Bruxelles, chirurgien à la Maternité.

Lambotte, E., chirurgien à l'hôpital de Schaerbeek.

Lambotte, A., chirurgien adjoint des hôpitaux d'Anvers.

Lauwers, E., chirurgien, à Courtrai.

Lebrun, E., chirurgien, à Namur.

Lenger, L., chirurgien à l'hôpital des Anglais, à Liége.

Lewin, A., chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.

Lorthioir, J., chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.

Moreau, C., chirurgien, à Charleroi.

Prégaldino, J., chirurgien, à Gand.

Rochet, P., chirurgien des hôpitaux, à Anvers.

Rouffart, E., professeur de clinique gynécologique à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles.

Snyers, E., chirurgien adjoint aux hôpitaux de Liége.

Vanderlinden, chirurgien à Gand.

Van Hassel, V., chirurgien, à Paturages.

Verhoogen, J., agrégé à l'Université de Bruxelles, chirurgien à la Policlinique libre (voies urinaires).

Verhoef, chirurgien, à Bruges.

Verneuil, H., chirurgien à l'hôpital de Saint-Josse-ten-Noode.

Walravens, chirurgien adjoint à l'hospice des Enfants assistés de Bruxelles.

Willems, C., assistant du cours de médecine opératoire à l'Université de Gand.

MEMBRES CORRESPONDANTS

Baivy, chirurgien, à Namur.

Diederich, chirurgien, à Verviers.

Lebesgue, chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-Pierre.

Polis, chirurgien, à Liége.

Vince, chirurgien, à Bruxelles.

ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM. **Broca,** Paris.
Bilhaut, Paris.
Calot, Berck-sur-Mer.
Carlier, Lille.
Doyen, Paris.
Monprofit, Angers.
Phocas, Lille.
Reddard, Paris.
Paul Segond, Paris.
Edmond Wikham, Paris.

ÉCHANGE DES ANNALES DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE.

BELGIQUE

Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société médico-chirurgicale d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège.
Annales médico-chirurgicales du Hainaut.
Belgique médicale.
Bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique.
Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.
Journal médical de Bruxelles.
La Clinique (Bruxelles).
La Policlinique (Bruxelles).
Le Scalpel (Liége).
Le Progrès médical belge.
La Presse médicale belge.
Revue bibliographique belge.

ÉTRANGER

Anjou médical.
Annales de chirurgie et d'orthopédie.
Annales de gynécologie et d'obstétrique.
Annales d'électrobiologie, d'électrothérapie et d'électrodiagnostic
Annales des maladies des organes génito-urinaires (Paris).
Archives provinciales de chirurgie (France).
Bulletin médical.
Bulletin médical d'Algérie.
Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris.
Écho médical de Lyon.
Écho médical du Nord.
France médicale.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.
Gazette des hôpitaux de Paris.
Gazette des hôpitaux de Toulouse.
Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.
Gazette médicale de Nantes.
Gazette médicale d'Orient.

Gazette médicale de Strasbourg.
Indépendance médicale.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de médecine de Paris.
Journal des maladies cutanées et syphilitiques.
Journal des sciences médicales de Lille.
Marseille médical.
Nouveau Montpellier médical
Recueil d'ophthalmologie.
Revue hebdomadaire de laryngologie d'otologie et de rhinologie.
Revue illustrée de polytechnique médicale.
Revue médicale de la Suisse romande.
Revue des maladies cancéreuses.
Travaux de neurologie chirurgicale.
Tribune médicale.
Union médicale du Canada.

Allgemeine Wiener medizinische Zeitung.
Centralblatt für Chirurgie.
Centralblatt für die Krankheiten der Harn und Sexual Organe.
Deutsche militärärztliche Zeitschrift.
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.
Jahrbuch für Kinderheilkunde.
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
Medicin der Gegenwart.
Monatschrift für Unfallheilkunde.
Prager medicinische Wochenschrift.
Oberhessische Gesellschaft für Natur und Heilkunde.
Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshülfe.
Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten.
St-Peterburger medicinische Wochenschrift.
Therapeutische Monatshefte.
Ungarische medizinische Presse.
Zeitschrift für Heilkunde.

American Journal of medical sciences.
Annals of surgery.
Annals of gynæcology and pediatry.
Australasian medical Gazette
British medical Journal.
Buffalo medical and surgical Journal.
Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.
Canadian practitioner and review.
Journal of laryngology, rhinology and otology.
Liverpool medical Journal.

Medical News.
Medical Record.
Medical Times.
Medicine.
Montreal medical Journal.
New England medical Gazette.
New York medical Journal.
North Western Lancet.
Pacific medical Journal.
Pacific Record of medicine and surgery.
Quarterly medical Journal.
Railway Surgeon.
Scottish medical and surgical Journal.
Saint-Louis medical and surgical Journal.
Transactions of the Association of the american physicians.
Transactions of the College of physicians (Philadelphie).
Transactions of the Glasgow obstetrical and gynæcological Society.

Annali della Academia di Perugia.
Archivio ital. de laryngologia.
Archivio ital. di otologia, rinologia et laringologia.
Archivio di ortopedia.
Clinica chirurgica.
Clinica moderna.
Gazetta medica di Torino.
Gazette medica lombarda.
Giornale internazionale delle scienze mediche.
Giornale medico del Regio esercito.
Il Morgagni.
Il Policlinico.
La Settimana medica.
Puglia medica.
Sperimentate.

Annales de Academia de Medicina do Rio de Janeiro.
Archivos de ginecopalia.
Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia.
Correspondencia medica.
Cronica medica (Lima).
Estudios clinicos solre laryngologia.
Gaceta medica (Mexico).
Gaceta medica Catalana.
Medecina comtemporana.
Revista de sciencias medic. de Barcelon.
Revista medica de Chile.
Revista medica de Sevilla.
Revista de sanidad militar.

Bulletin de l'Académie impériale des sciences de St-Pétersbourg.
Chirurgia (Moscou).
Gazeta lekarska.
Kronika lekarska.
Medycyna.
Med. pribavtenia k Morskomon Sbornikon.
Pamietnik towarzystwa lekarskiego warzawskiego.
Viestnick obch. higieni
Viestnik oftalmologii.
Voenno-medilzinskii Journal.
Vratch.

Clinica (Bucarest).

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Assemblée générale du 20 janvier 1900.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr L. BLONDEZ.

I. *Correspondance.* MM. DE WANDRE et THIRIAR envoient leur démission de membres de la Société.

II. *Rapport de MM. les Secrétaires sur les travaux de la Société durant l'année 1899.* (Voir p. 19.)

III. *Rapport de M. le Trésorier.*

IV. *Revision des Statuts :*

1° Sur la proposition de M. VAN HASSEL, l'assemblée décide de revenir à l'heure adoptée jadis pour les réunions de la Société, c'est-à-dire 2 heures de l'après-midi. C'est la seule qui permette aux membres habitant la province d'assister un peu régulièrement aux séances;

2° L'assemblée décide qu'il n'y aura plus au Bureau qu'un seul Secrétaire.

V. *Nomination de deux membres honoraires.* MM. DE WANDRE et THIRIAR sont nommés membres honoraires.

VI. *Nomination de nouveaux membres.* MM. HANNECART et WALRAVENS, membres correspondants, sont nommés membres titulaires.

VII. ***Renouvellement du Bureau.*** M. L. BLONDEZ est nommé président en remplacement de M. L. DESGUIN, non rééligible; MM. A. GALLET et C. WILLEMS sont nommés vice-présidents; M. H. VERNEUIL est nommé secrétaire; M. LORTHIOIR, trésorier, tous à l'unanimité des membres présents.

VIII. *Communications :*

1° M. CHARON : *Résection semi-articulaire pour ankylose rectiligne du coude, suite de traumatisme.*

2° M. GALLET : *A propos d'uretérorraphie.*

3° M. HANNECART : *Un cas de dilatation énorme de la vessie, provoquée par un utérus gravide en rétroversion et enclavé dans le bassin.*

4° M. HANNECART : *Hématocèle intrapéritonéale par rupture d'une poche hématique de l'ovaire, coïncidant avec la présence d'un fibrome utérin.*

IX. *Présentation d'instruments :*

M. WALRAVENS. *Un nouveau pelvi-support.* (Voir le numéro de février.)

COMPTE RENDU

**des travaux de la Société pendant l'année 1899-1900,
par MM. A. Depage et J. Verhoogen,
secrétaires.**

MESSIEURS,

Les travaux de la Société belge de chirurgie durant l'année 1899-1900 ne sont pas aussi nombreux que ceux des années précédentes. La plupart d'entre eux présentent néanmoins un réel intérêt et conservent à nos *Annales* l'importance qu'elles ont acquise par le passé.

La chirurgie de l'estomac nous a particulièrement intéressés; elle a fait l'objet d'une discussion sérieuse dans plusieurs de nos séances. Cette question a été mise à l'ordre du jour de notre réunion annuelle à Anvers, et M. Lauwers nous a présenté sur ce sujet un rapport des plus documentés. M. Albin Lambotte nous a extrêmement intéressés en nous rapportant 28 cas d'affections de l'estomac dans lesquels il est intervenu. Dans 12 de ces cas, il s'agissait de cancer, dans 16 d'affections non néoplasiques. Il y eut 21 guérisons opératoire et 7 décès.

Notre confrère d'Anvers est grand partisan de l'intervention chirurgicale dans les affections chroniques graves de l'estomac, et, d'une façon générale, il préfère la cure radicale, c'est-à-dire la pylorectomie ou l'ablation de la tumeur, à la gastro-entérostomie qu'il réserve aux cas où la canalisation physiologique ne pourra être rétablie.

M. Gallet envisage spécialement le diagnostic du cancer et des maladies non cancéreuses et gastriques.

Il insiste sur ce fait que le chirurgien est surtout amené à intervenir en se basant sur les symptômes : vomissements, amaigrissement, plutôt que sur l'existence de telle ou telle maladie.

Au point de vue de la méthode opératoire, il emploie, suivant les circonstances, la pylorectomie ou la gastro-entérostomie, et

dans celle-ci il pratique toujours la jéjunostomie d'après le procédé qui lui est personnel.

M. Desguin reste grand partisan de l'emploi du bouton de Murphy dans la gastro-entérostomose, et il appuie sa manière de voir, en nous montrant les pièces anatomiques d'un estomac, auquel, quatre jours auparavant, il avait pratiqué la gastro-entérostomose. Le bouton de Murphy était resté parfaitement en place, le fonctionnement de la communication anastomotique paraissait s'accomplir d'une façon normale, et M. Desguin n'a dû déplorer la mort de son malade que parce qu'il existait un cancer de l'œsophage qu'on n'avait pu diagnostiquer avant l'intervention.

Comme autre communication sur la chirurgie de l'estomac, nous avons à signaler aussi deux cas de gastro-pylorectomie communiqués par M. Vanderlinden, de Gand, dont l'une fut suivie de guérison, l'autre de mort; et la communication très intéressante de M. Desguin sur la gastrostomie chez les débilités.

Notre honoré président nous décrit, à cet effet, un procédé nouveau et personnel qui permet de faire une gastrostomie en quelques minutes, et de se passer de narcose au cours de l'opération.

M. Desguin nous a déjà, à plusieurs reprises, décrit des procédés nouveaux pour des opérations diverses, et sa méthode de gastrostomie démontre une fois de plus l'ingéniosité de notre sympathique collègue.

Après la chirurgie de l'estomac, c'est celle de l'appendice que nous avons le plus discutée. Nous avons à mentionner ici un cas d'appendicite suppurée, présenté à la Société par M. Maurice Willems, et opéré par M. Charon chez une fillette de 12 ans. C'est cette observation qui devint la base d'une discussion à laquelle prirent part MM. Desguin, Depage, Verneuil, Gallet, Lorthioir, Cordemans, Lavisé et Van Hassel.

Enfin, M. Snyers donne une communication fort importante sur les indications opératoires de l'appendicite.

Dans la chirurgie du ventre, il nous reste encore à signaler un cas de kyste hydatique du foie, par M. Lebègue, pour lequel l'auteur incisa la tumeur, draina la cavité et obtint la guérison au bout de deux mois. Le travail de M. Lebègue sur la hernie crurale, une observation de M. Walravens : hernie ombilicale de la période embryonnaire. La communication de M. Depage sur la suture abdominable qui fut discutée par MM. Lorthioir, Desguin et Verhoogen, l'observation de lipo-sarcome de la capsule sur-

rénale droite présentée par M. Lenger et enfin une observation intéressante d'entérostomie pratiquée avec succès par M. Desguin suivant le procédé de Lardennois.

La chirurgie des voies urinaires a fait l'objet de quelques communications intéressantes; M. Depage nous a rapporté un cas de suture immédiate d'un uretère qui avait été sectionné au cours d'une opération et qui se cicatrisa par première intention. M. Lavisé présente aussi une observation d'uretéroraphie, M. Desguin a enlevé de l'uretère un calcul volumineux en procédant à une laparotomie. L'uretère fut suturé et la guérison fut rapide. M. Vanderlinden a enlevé avec succès une partie de la vessie pour un mixofibrome volumineux. M. Verhoogen rapporte diverses observations de chirurgie de la vessie : un myxome volumineux chez un enfant de 6 ans, une grosse tumeur de la cavité de Retzius, deux cas de diverticules paravésicaux. Enfin M. Crick présente un travail sur deux cas de papillomes et un fibrome œdémateux.

A propos de la chirurgie des membres, nous signalerons un cancer épithélial du pied droit présenté par M. Blondez, une communication de M. Lenger sur l'amputation interscapulothoracique dans le traitement des tumeurs malignes de l'humérus.

Signalons également la discussion sur la désarticulation de la hanche, à laquelle prirent part MM. Hannecart et Depage, et qui fait suite aux communications que nous ont présentées, l'année dernière, MM. Lorthioir et Desguin.

Comme conclusion de cette discussion, nous pouvons dire que l'application de la bande d'Esmarck dans cette opération périlleuse présente les plus grands avantages. Nous savons que M. Desguin, dans sa communication de l'année dernière, a insisté sur ce fait. Il pratique au préalable la résection de la tête du fémur, et consécutivement applique le garot élastique et pratique l'amputation.

M. Hannecart s'en tient plutôt au procédé classique d'Esmarck, c'est-à-dire qu'il pratique l'amputation de la cuisse d'abord sous la garantie de la compression élastique, et qu'il énuclée ensuite le segment supérieur du fémur, tandis que M. Depage prétend qu'on peut, sous la garantie du lien élastique, désarticuler immédiatement la cuisse sans faire d'autre opération préalable, et il cite une observation à l'appui de sa manière de voir.

La chirurgie cranio-cérébrale n'a donné lieu cette année qu'à une seule communication, qui fut faite par M. Delcroix sur un méningo-encéphalocèle énorme siégeant au niveau de la fontanelle antérieure.

Dans la chirurgie de la tête, il reste à citer le travail de M. Lorthioir sur l'urano-staphylorraphie et qui donna lieu à une discussion à laquelle prirent part MM. Desguin, Depage, Verhoef, Verneuil et Hendrickx.

Cette discussion se rapporte principalement aux procédés opératoires, et chacun des orateurs décrit la technique qu'il met en usage.

Nous terminerons ce rapport, Messieurs, en vous signalant une communication de M. Delétrez sur un cas de guérison par le sérum anti-streptococcique et une communication de M. Gooris sur l'inflammation et le cancer. L'auteur, se basant sur six cas personnels. insiste sur le rapport qui existe entre les inflammations et l'évolution des néoplasmes malins.

Tels sont, Messieurs, les principaux travaux qui nous ont été présentés et qui ont été publiés dans nos *Annales*. Si leur nombre est moins considérable que les années précédentes, cela tient en grande partie à la nouvelle disposition réglementaire qui a transporté de mars en janvier la date de notre séance administrative et a diminué ainsi de deux mois la longueur de l'année sociale qui vient de s'écouler.

En fixant de nouveau nos séances à deux heures, nous avons fait droit aux réclamations de nos collègues habitant la province et pour lesquels il est difficile de venir passer toute la soirée à Bruxelles. Nous espérons qu'ils pourront à l'avenir se rendre plus facilement à nos séances et que leurs collègues de Bruxelles sauront sacrifier quelques heures de leur journée pour prendre part à nos travaux.

Nous pensons que cette assiduité plus grande serait utile à tout le monde. Nos publications seraient plus nombreuses et plus complétes; nos discussions plus intéressantes serviraient à l'instruction de tous.

Notre Société a fait cette année une perte cruelle. La mort de Lavisé, notre ancien président et l'un de nos membres les plus actifs, a laissé un grand vide parmi nous. La part importante qu'il a prise à nos travaux, l'autorité qui s'attachait à ses opinions scientifiques, le charme qui rayonnait de lui et la sympathie qu'il inspirait, nous font regretter bien vivement la disparition de cet homme de talent que nous a ravi une mort prématurée.

COMMUNICATIONS

Dr Mills (Bruxelles). — **Résection semi-articulaire pour ankylose rectiligne du coude, suite de traumatisme.**

Dans le courant de l'été dernier, Léontine P..., âgée de 9 $^1/_2$ ans, en jouant sur une voiture, est tombée sur le coude et a ressenti au même moment une très vive douleur sous le bras gauche. Immédiatement après l'accident, il s'est produit une impotence absolue du membre. L'enfant fut soignée par le médecin de son village; il lui appliqua un bandage qu'il laissa pendant trois jours. Il essaya ensuite de produire des mouvements dans l'articulation, mais n'y parvint pas, et, depuis lors, le membre est resté toujours dans la même position rectiligne jusqu'au jour où l'enfant entra à l'hôpital. Quand nous l'avons examinée, six mois après l'accident, le bras gauche demeurait dans la semi-rectitude et ne pouvait être ramené dans la flexion, même sous le chloroforme. L'olécrane saillant était luxé en arrière; on percevait, au niveau de la cavité olécranienne, une masse osseuse dure qui se continuait postérieurement avec le bec de l'olécrane et le refoulait en arrière, ce qui produisait l' immobilit absolue de l'articulation. Le cal vicieux se continuait, du côté externe, par une jetée osseuse établie entre l'épicondyle et l'olécrane. L'apophyse coronoïde, la cavité sigmoïde du cubitus et la tête du radius étaient serrées fortement contre le condyle et la trochlée de l'humérus. Le diagnostic qui fut posé le jour de l'entrée de l'enfant à l'hôpital fut le suivant : *fracture de l'extrémité inférieure humérale, ayant entraîné à sa suite la formation d'un cal vicieux qui a pris les proportions d'une exostose et qui, en se développant, a produit la luxation du coude en arrière et l'an-*

kylose rectiligne de l'articulation. Les radiographies qui ont été faites par le Dr Maffei, et que nous vous soumettons, confirment cette manière de voir. Un membre fixé, comme celui-ci l'était, dans la demi-rectitude, était devenu un membre impotent, la patiente n'était pas en état d'amener la main gauche vers le front ni même vers la bouche, le bras pendait inutile sur le côté latéral du tronc. Une intervention active s'imposait.

Le 17 novembre 1899, M. Charon, laissant les incisions diverses qui ont été préconisées pour la résection du coude, en cas de tuberculose osseuse, l'incision de Trendelenburg, de Voelckena, allant de l'épicondyle à l'épitrochlée, suivie de la résection temporaire de l'olécrane, recourt aux deux incisions latérales, préconisées par Faraboeuf en cas d'ankylose, l'externe de 8 centimètres, l'interne de 4 centimètres.

Ces deux incisions latérales permettent de décoller en avant et en arrière le perioste, de refouler prudemment les muscles et de faire sauter le pont osseux qui était mis autour de l'olécrane. L'épiphyse humérale fut sciée sous le périoste, après avoir protégé et refoulé les tissus en avant et en arrière au moyen de deux plaques métalliques. La présence de l'exostose, ainsi que les adhérences osseuses ont rendu laborieux l'enlèvement de l'extrémité épiphysaire de l'humérus. La résection semi-articulaire terminée, l'extrémité inférieure de l'os fut façonnée de manière qu'elle s'adaptât le mieux possible à la concavité de la cavité sigmoïde et à la cupule du radius.

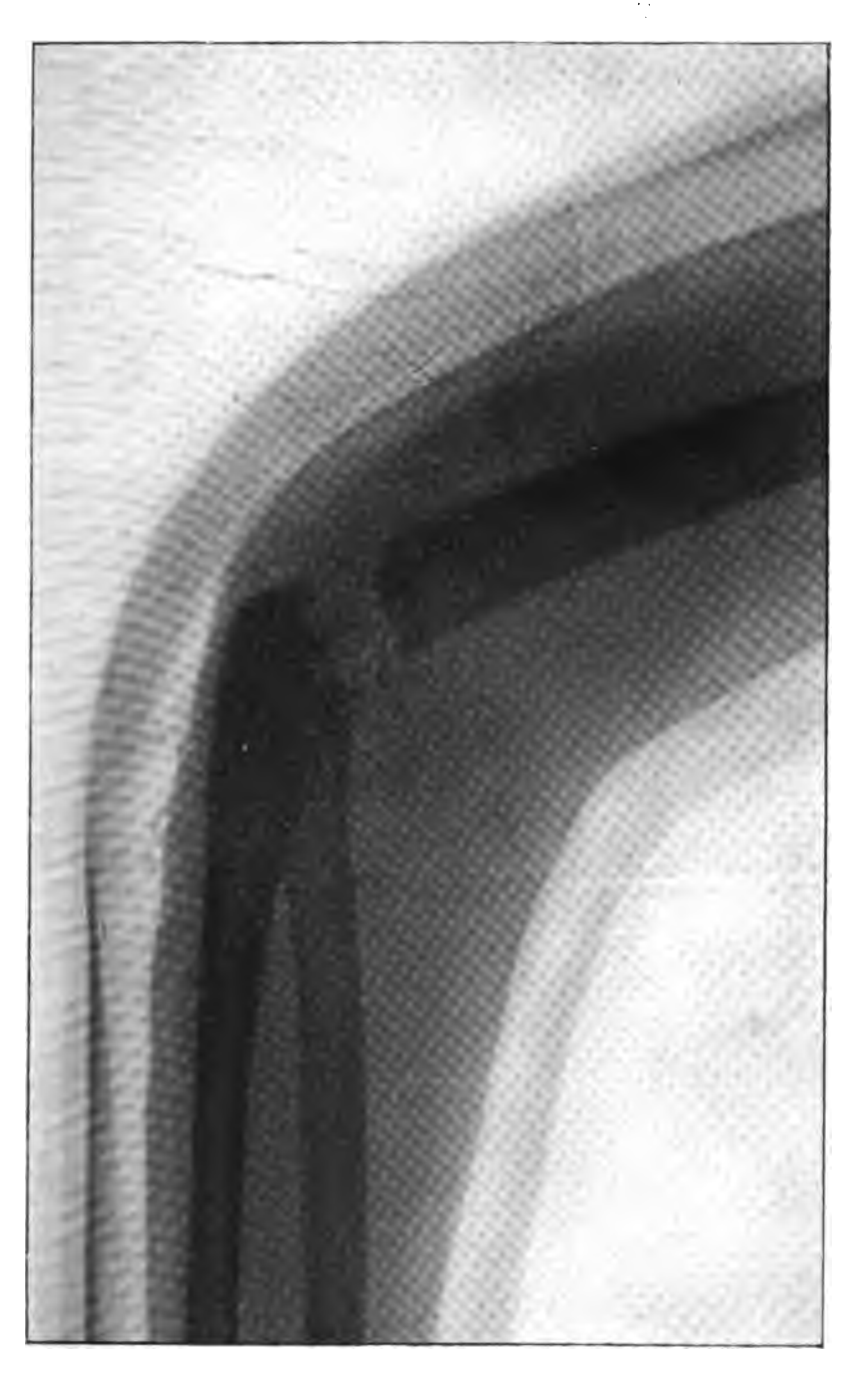
Il n'aurait pas été aisé de pratiquer ici le procédé du lambeau postérieur préconisé par Chalot, à cause des adhérences et de la présence du cal vicieux et exubérant.

Dans un cas analogue, Koenig, page 169 du tome III de sa *Pathologie chirurgicale*, dit n'être pas parvenu à réduire la luxation, ou fut obligé de recourir ultérieurement à la résection.

Les suites de l'opération ont été des plus normales; au bout de trois semaines, le bandage plâtré était enlevé et remplacé par des bandages amidonnés, au travers desquels la radiographie a été faite montrant les os parfaitement dans leurs rapports anatomiques normaux. Depuis ce temps, on a employé le massage pour tonifier les muscles et l'on fait exécuter à l'articulation des mouvements passifs plus ou moins violents.

Les résultats obtenus sont déjà satisfaisants; une fausse articulation se forme et les mouvements du bras deviennent de plus en plus étendus. Nous comptons bien arriver à la guérison complète.





Cette radiographie a été prise au travers d'un épais bandage ouaté

Dr Gallet (Buxelles). — **Uretérorraphie. Manuel opératoire et résultat éloigné.**

J'ai rappelé, dans notre séance de novembre 1899, au cours d'une discussion sur l'urétérorraphie, les expériences que j'ai faites en 1893 pour fixer les conditions dans lesquelles cette opération peut être pratiquée. Les résultats de ces expériences ont été publiés dans notre *Bulletin* en 1894 (décembre). J'ai suivi le manuel opératoire que j'avais décrit dans un cas qui a été présenté à la *Société des sciences médicales et naturelles* en 1895 et rapporté dans les comptes rendus de mon service chirurgical de l'Hôpital Saint-Jean, en 1896.

Reconstituer intégralement l'uretère, disions-nous, lui laisser même son mode d'abouchement dans la vessie, voilà le but qu'il faut atteindre, et voici comment nous avons procédé.

Les instruments nécessaires pour pratiquer cette opération sont peu nombreux ; outre les instruments de la cœliotomie, il suffit :

1° D'un dilatateur à trois branches, longues et minces pour les cas où il serait utile de faire la dilatation de l'uretère, dilatation qui n'offre pas de difficultés, vu la structure de ce canal;

2° Un certain nombre de très longues sondes semi-rigides, à bout olivaire de calibre différent, mais équivalent surtout aux nos 6, 7, 8 et 9 de la filière française. L'œil de ces sondes devra être plus largement ouvert que dans les sondes ordinaires de Guyon. Cette disposition permet à l'urine de s'écouler facilement par la sonde et l'empêche de filtrer le long des parois uretérales;

3° Cystoscope avec appareils pour le cathétérisme des uretères ;

4° Une sonde cannelée, à cannelure large et profonde;

5° Des aiguilles fines.

La malade est placée dans la position de Trendelenbourg. Dans le cas de fistule uretéro-vaginale, on fera, si c'est possible, le cathétérisme de l'uretère et l'on introduira, préalablement à la cœliotomie, une sonde dans la fistule vaginale. Une fois la cœliotomie pratiquée sur la ligne médiane, la masse intestinale est repoussée vers le diaphragme et maintenue ainsi par de larges compresses de gaze; la vessie est attirée en avant, vers le pubis. On tamponne avec soin le fond de la cavité. Dès lors on découvre ordinairement sans peine les uretères. Il sera facile de voir lequel des deux a été sectionné — surtout si l'on est parvenu à passer une sonde

dans la fistule vaginale. Il est presque certain qu'au niveau de la fistule existera une petite ampoule d'œdème urineux.

La section de l'uretère peut s'être produite sous le péritoine. On profitera de cette circonstance, et voici comment on interviendra : incision de la séreuse, sur l'uretère, parallèlement à sa direction et sur une longueur de cinq à six centimètres, de façon que le milieu de l'incision corresponde à la section uretérale. L'uretère est ainsi mis à nu et le point de section dégagé. Immédiatement on recherche le bout vésical de l'uretère ; vu la rétraction qu'il aura subie, cette recherche pourra parfois être très laborieuse ; elle sera singulièrement facilitée si, au préalable, on a pratiqué, par la vessie, le cathétérisme uretéral. Si c'est nécessaire, on dilatera ce bout uretéral et la sonde y sera introduite ; on la poussera dans la vessie et l'on fera sur-le-champ le cathétérisme rétrograde de l'urètre. Ce temps de l'opération s'accomplit sans aucune difficulté. On aborde alors le bout rénal de l'uretère que l'on a facilement découvert. Un aide le pince en amont de la section, de façon à éviter tout écoulement d'urine, on dilate le canal et l'on y introduit le bout olivaire de la sonde à quelques centimètres de profondeur. Les deux segments de l'uretère sont rapprochés, on les charge sur la sonde cannelée. Si l'on intervient longtemps après l'apparition de la fistule, il sera indispensable de faire un avivement. On pratique ensuite la suture circulaire à l'aide d'un fil de catgut. Il semble qu'un seul plan de suture, à points rapprochés, suffise. Une fois l'uretérorraphie terminée, on referme l'incision péritonéale par une suture continue et l'uretère se trouve ainsi isolé. Si on le juge prudent, on établira un drainage à l'aide d'une bandelette iodoformée, placée au niveau de la suture et émergeant, par le trajet fistuleux, dans le vagin. Ainsi, dans le cas où la suture céderait, l'urine s'écoulera librement.

Lorsqu'on a affaire à une fistule uretérale péritonéale, c'est-à-dire dans le cas où le péritoine a été ouvert, on détachera les adhérences qui se seront formées et l'on agira comme si l'on se trouvait en présence d'une fistule sous-péritonéale ; seulement l'incision de la séreuse parallèle à l'uretère est inutile ; on fera dans ces conditions — après avivement — deux plans de suture : un premier plan circulaire musculo-musculeux, un second plan semi-circulaire, séro-séreux.

La sonde peut être laissée à demeure pendant trois fois vingt-quatre heures. Il faut avoir soin de bien la fixer à la vulve. On la retire sans difficulté.

On comprendra facilement comment il y a lieu d'intervenir, pour pratiquer dans les mêmes conditions, la réfection de l'uretère sectionné au cours d'une ablation de tumeur abdominale. Pratiquée dans ces conditions, immédiatement, l'uretérorraphie est loin de présenter les difficultés qu'elle peut présenter lorsqu'on intervient longtemps après la section de l'uretère.

Lorsque nous avons présenté notre première opérée d'uretérorraphie à la *Société des sciences médicales*, le regretté professeur Crocq nous a demandé si nous ne craignions pas de voir se produire, à l'endroit de l'uretérorraphie, un rétrécissement du canal uretérin. Vu la structure des parois de l'uretère et vu l'écoulement permanent d'urine qui se produit dans ce canal, nous avions répondu que nous ne pensions pas qu'il y avait lieu de redouter pareil accident.

J'ai eu l'occasion de revoir récemment mon opérée qui souffre d'une éventration; elle n'a jamais présenté le moindre symptôme de rétrécissement uretéral, et l'examen que j'ai pratiqué me permet d'affirmer que les fonctions du rein se font d'une façon tout à fait normale. L'observation prolongée nous démontre donc qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'objection que l'on a faite à cette opération.

Lorsque j'ai parlé des fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale (*An. Soc. belge de chir.*, 2e année, n° 9), j'ai rapporté l'histoire d'une malade qui, atteinte d'une fistule uretéro-vaginale, n'avait point voulu se soumettre immédiatement à une nouvelle opération. J'avais fait confectionner pour cette malade un appareil destiné à la soulager des misères que lui causait son infirmité. Voici cet appareil : c'est un pessaire circulaire, léger, muni d'un diaphragme élastique dont le centre est en communication avec un tuyau en caoutchouc de 10 centimètres de longueur et dont l'extrémité est munie d'un robinet à jeu renversé. Le tuyau est assez large pour permettre l'introduction d'une sonde droite à double courant. La malade vide son vagin trois ou quatre fois par jour, se fait une injection vaginale chaque jour, enlève et replace — elle-même maintenant — son appareil de temps en temps et songe de moins en moins à se faire opérer. Il y a plus de sept ans que cela dure; la muqueuse vaginale doit s'être complètement adaptée sans doute à ses fonctions nouvelles, car jamais la malade n'a eu à s'en plaindre.

Il est certain qu'une uretérorrhaphie ou même une néphrectomie vaudrait mieux. Je crois cependant intéressant de vous signaler le cas; à l'occasion, le procédé que j'ai dû employer ici pourrait peut-être vous être utile.

Dr Hannecart (Bruxelles). — **Un cas de dilatation énorme de la vessie, provoquée par un utérus gravide en rétroversion et enclavé dans le bassin.**

MESSIEURS,

Le cas dont je désire vous rapporter l'observation, ne constitue pas une rareté pathologique, mais présente cependant un certain intérêt pratique.

En septembre dernier, deux confrères m'appelaient pour pratiquer l'extirpation d'une tumeur abdominale qu'ils croyaient être un kyste de l'ovaire.

La malade, qui était âgée d'une trentaine d'années, avait eu plusieurs enfants et n'avait jamais rien présenté d'anormal du côté des organes génitaux et urinaires.

Cependant, depuis quatre mois, les règles avaient disparu, quelques douleurs étaient survenues dans l'hypogastre, une sensation de lourdeur dans la région lombaire, de tiraillements dans les aines, en même temps qu'une constipation très prononcée.

Jamais elle n'avait présenté de troubles de la miction et même, au moment de l'examen, elle satisfait, dit-elle, plusieurs fois par jour et sans difficulté, le besoin d'uriner, qu'elle ressent comme de coutume; l'urine émise est, du reste, normale. De plus, le ventre a augmenté de volume et, depuis une quinzaine de jours surtout, il a pris d'énormes proportions.

A l'examen objectif, on constate que la paroi abdominale est fortement distendue et soulevée par une tumeur médiane, saillante, globuleuse, paraissant dépasser l'ombilic en haut, se continuer derrière le pubis en bas et de chaque côté dans les flancs. La vulve et les membres inférieurs sont fortement œdématiés.

A la palpation du ventre, on perçoit une tumeur très volumineuse, ovoïde, à surface lisse, résistante, mais donnant par la succussion une sensation de fluctuation; elle est mate à la percussion et très nettement délimitable des zones tympaniques qui l'entourent. Elle dépasse l'ombilic de trois travers de doigt.

Au toucher, le col utérin n'est pas perceptible, mais on constate que l'excavation du bassin est complètement remplie par une tumeur lisse, d'une consistance plutôt molle, mais égale en ses différents points, non douloureuse à la pression.

Le palper, combiné au toucher vaginal et ensuite au toucher

rectal, permet de se rendre parfaitement compte que les deux tumeurs perçues sont indépendantes l'une de l'autre, et que la première, liquide, occupe la cavité abdominale, tandis que la seconde, solide, se trouve enclavée dans le bassin.

A ce moment, le cathétérisme de la vessie fut pratiqué et, tandis que l'urine s'écoulait à grand jet par la sonde, la tumeur abdominale disparaissait; il s'élimina ainsi quatre à cinq litres d'une urine claire, ne répandant aucune odeur.

La tumeur pelvienne, reconnue pour être le corps de l'utérus gravide en rétroversion, fut alors désenclavée et ramenée dans le grand bassin, au moyen de la main introduite dans le vagin.

Cette réduction, que la chloroformisation avait rendue relativement facile, fut maintenue par un pessaire de Hodge, laissé à demeure pendant un mois.

Actuellement la grossesse suit son cours.

L'intérêt que présente ce cas réside dans le fait que la dilatation extraordinaire de la vessie pouvait être une cause d'erreur de diagnostic; il démontre une fois de plus combien il est important de sonder les malades, non seulement avant une opération, mais même au début de l'exploration.

Dr Hannecart (Bruxelles). — **Hématocèle intrapéritonéale par rupture d'une poche hématique de l'ovaire, coïncidant avec la présence d'un fibrome utérin.**

La pièce anatomique que je vous présente provient d'une malade âgée de 40 ans, ayant eu plusieurs accouchements à terme, dont les anamnestiques n'offrent de particulier à signaler que des métrorragies peu abondantes, datant de quelques années et survenant le plus souvent entre deux périodes menstruelles.

Subitement, tandis qu'elle fêtait par d'exubérantes manifestations l'heureuse issue du « tirage au sort », elle ressentit des douleurs pelviennes si intenses, qu'elle dut être transportée chez elle dans un état demi-syncopal. Des vomissements survinrent, et, au lieu de s'amender, les douleurs s'accentuèrent en prenant dans le bas-ventre le caractère de coliques intestinales violentes, en s'irradiant vers le rectum et surtout vers la région lombaire.

C'est dans ces conditions que nous fûmes appelé à intervenir avec l'aide des Drs Bouty, Balicis et Desqueune, qui avaient reconnu l'hématocèle.

A l'ouverture du cul-de-sac postérieur, il s'écoula une grande quantité de sang demi-liquide, de couleur noirâtre, renfermant quelques caillots.

L'exploration nous ayant alors permis de reconnaître que l'état des trompes et des ovaires réclamait une intervention plus radicale, la castration vaginale totale fut pratiquée, des ligatures furent appliquées sur les vaisseaux des ligaments larges, et un drainage à la gaze iodoformée fut établi par le vagin.

Soins consécutifs habituels.

Guérison rapide.

Pièce anatomique. — La cavité utérine, ainsi que vous le voyez, est occupée par un fibrome sous-muqueux largement pédiculé; les trompes sont augmentées de volume, remplies de caillots sanguins; les ovaires sont scléro-kystiques; l'ovaire gauche présente une déchirure, longue de plusieurs centimètres, donnant issue dans une poche remplie de sang coagulé.

La pathogénie de l'épanchement péritonéal apparaît clairement; une hémorragie s'est produite dans l'un des kystes et la paroi de ce dernier, ayant éclaté sous la pression, a laissé s'écouler dans le péritoine le sang apporté par le vaisseau altéré.

M. le Dr Depage vous a entretenu précédemment d'un cas de rupture de l'ovaire accompagné d'une hémorragie intrapéritonéale tellement foudroyante, que la malade ne dut la guérison qu'à une intervention hâtive (1).

« L'ovaire avait trois ou quatre fois le volume d'un ovaire normal; on n'y reconnaissait plus l'aspect de la glande, tant l'hémorragie interstitielle, dont il avait été atteint avait désorganisé son tissu; il était ouvert sur toute son étendue, absolument comme s'il avait éclaté en deux valves. A l'examen microscopique, on y constata une sclérose manifeste, une infiltration sanguine abondante et, par places, des follicules plus ou moins atrophiés. »

Sans être absolument identiques, le cas de M. Depage et celui que je viens d'exposer mettent hors de doute la possibilité de l'hématocèle par « apoplexie ovarienne ».

En terminant, j'attirerai votre attention sur la coexistence du fibrome utérin avec la dégénérescence micro-kystique des ovaires et l'artério-sclérose des vaisseaux qui a motivé l'hémorragie intrakystique.

---

(1) *Annales de la Société belge de Chirurgie*, avril 1898, p. 53.

Dr Alfred Walravens (Bruxelles). — **Résection de la hanche : procédé de Giordano. Résultats.**

Les méthodes de résection de la hanche sont presque aussi nombreuses que les chirurgiens qui se sont occupés de la question. Chacun a voulu trouver une voie de pénétration nouvelle vers la tête fémorale et la cavité cotyloïde dont la situation profonde rend l'accès particulièrement difficile, d'autant plus que ces parties sont entourées d'organes importants que chacun s'ingénie à conserver. Les tableaux donnés par Farabeuf, au nombre de dix-huit, nous indiquent toutes les modifications imaginées, et encore ne sont-ils pas complets, puisqu'ils ne signalent pas encore celle de Tilling et celle de Kocher, ni la dernière d'Ollier.

Toutes ces méthodes varient dans la direction et la situation de leur incision. Les unes sont dirigées dans le sens du membre : antérieurement, latéralement ou postérieurement (White, Langenbeck, Kocher); les autres sont obliques de haut en bas et de dedans en dehors (Vidal, Roser), de haut en bas et de dehors en dedans (Schede, Lucke, Hulter), ou bien elles sont courbes. Les courbes circonscrivent le grand trochanter par le haut, avec concavité dirigée vers le bas (Textor, Billroth, Guérin), ou bien dirigée vers le haut (Schillbach, Ollier, etc.). D'autres enfin forment des lambeaux carrés ou arrondis à base supérieure ou inférieure (Sedillot, Lisfranc, Ronse, Ollier, Saeger), ou postérieure (Percy). C'est à des lambeaux de ce genre qu'Ollier appliqua le nom de couvercle d'une tabatière. La comparaison fait dire à Giordano (1) que sous le couvercle d'une tabatière on doit être mal à l'aise pour opérer, et il propose une incision beaucoup plus étendue que les précédentes. n'épargnant plus cette fois les organes qui ne sont pas absolument indispensables, quelle qu'en puisse être l'importance. Cette incision, qui part de l'union du tiers moyen avec le tiers externe de la ligne unissant le pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure, décrit immédiatement une courbe à concavité dirigée vers le haut et, embrassant le grand trochanter, va finir à l'union des deux moitiés du pli fessier. Cette incision évite les vaisseaux fémoraux qu'elle laisse en avant et le nerf sciatique qui est en arrière. Elle

(1) GIORDANO, *Clinica chirurgica*, settembre 1898.

est approfondie à travers toutes les parties molles qui lui sont sous-jacentes, coupant le tenseur du fascia lata, le couturier, le droit antérieur, le vaste externe, etc. Arrivé sur le grand trochanter, on dénude la partie inférieure de cet os et, au moyen du ciseau, on le fait sauter avec toutes ses insertions musculaires supérieures. On obtient ainsi un vaste lambeau ostéo-musculocutané que l'on relève vers le haut et qu'on protège en le recouvrant de compresses aseptiques chaudes qui font en même temps l'hémostase. Cela fait, on tombe sur la capsule que l'on incise largement. On peut ainsi facilement faire sortir la tête de la cavité et, quelque étendues que soient les lésions, éviter de toute façon les fractures du col. Giordano insiste sur ce point, et nous le comprenons d'autant mieux que dernièrement, assistant à une opération de résection de la hanche où l'on avait choisi le procédé de Langenbeck, il se fit que, en exécutant les manœuvres pour faire sortir la tête, le col se fractura et l'on ne put plus songer à une résection économique : il fallut faire une résection typique. Or la tête était en assez bon état; le ligament rond était encore bien conservé et, en employant le procédé de Giordano, comme la lésion du cotyle était minime, on aurait pu encore faire une résection économique, car c'est là le grand avantage qu'à mon sens possède le procédé de Giordano. Les lésions osseuses ne sont pas toujours étendues en raison directe des symptômes extérieurs qui provoquent notre intervention. Tel enfant, comme celui dont je parlais plus haut, a un abcès énorme qui a des lésions relativement peu étendues; tel autre a un abcès peu développé et des lésions très étendues. Dans ces conditions, il est de première nécessité de ne pas enlever tête et col, car un curettage, un nettoyage de toutes les parties malades, d'autant plus facile que ces parties tombent immédiatement sous le sens, rendent le même service en enlevant tout ce qui est suspect, en ne laissant que l'os sain avec son périoste qui le soutient et pourra régénérer peut-être les portions que nous venons d'enlever. Kirmisson (1) insiste sur la nécessité de conserver la gaine periostéo-capsulaire ; dans aucun procédé, même dans celui d'Ollier, qui a certainement inspiré Giordano, la chose n'est aussi possible que dans le procédé qui nous occupe. C'est là le grand avantage de ce procédé.

On a fait à la résection de la hanche, entre autres reproches,

---

(1) KIRMISSON, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. III

celui de raccourcir considérablement la jambe, raccourcissement dû non seulement à l'enlèvement de quelques centimètres de fémur dans sa longueur, mais aussi à l'empêchement où nous le mettrons de continuer sa croissance et au fait que le fémur subit une ascension après l'opération (1). Dans le procédé que nous venons de décrire, rien de semblable ne se passe. En effet, ou bien la tête est fortement entreprise, et alors on enlève la plus grande partie du col et de la tête elle-même, mais en laissant quelques parties saines (ce qui s'est passé dans un des cas que je rapporte dans cet article), alors il y a un affaissement du col; mais, grâce à la conservation du peu de tissu osseux et de la gaine périostéo-capsulaire, on arrive à avoir un raccourcissement minime. Si, par contre, la tête est peu entreprise, s'il n'y a qu'un ou deux foyers relativement limités, ils arrivent, étant bien nettoyés, à se combler assez facilement, et le membre conserve sa longueur. En tout cas, il y a moins de perte qu'avec les procédés employés jusqu'ici.

Le procédé de Giordano (2) date d'un an. Son auteur relate cinq cas où il l'employa avec succès, et jusqu'à présent, nous l'avons employé quatre fois à l'hospice des Enfants assistés. Nos résultats ne sont pas absolument concordants avec ceux de Giordano, qui, en effet, a eu trois premières intentions; de notre côté, nous n'avons pas été aussi favorisé. Trois de nos malades ont très bien supporté l'opération; un est mort. Ce dernier, disons-le tout de suite, était un enfant souffrant depuis longtemps de coxalgie suppurée, que les médecins se renvoyaient les uns aux autres et qui nous fut conduit par sa mère alors qu'il était dans un état de marasme qui fit hésiter à entreprendre l'intervention.

Les trois autres étaient des malades soignés à la consultation du service.

La première, D. Thér., âgée de 8 ans, portait des bandages depuis cinq mois environ quand la suppuration se fit jour. C'était une enfant mal nourrie, vivant dans un milieu des plus défavorables. Elle supporta bien l'intervention, mais les suites ne furent pas excellentes : il y eut du suintement, on dut mettre un drain secondairement, et il se forma des trajets fistuleux un peu de tous côtés. Ces derniers temps, il s'en forma même un faisant communiquer le rectum avec le foyer purulent. Pour le moment,

---

(1) Farabeuf, *Précis de manuel opératoire*, Paris, 1889, p. 821.

(2) Giordano, *loc. cit.*

l'enfant a encore des fistules qui pourtant ont une tendance à se tarir.

Les deux derniers cas nous ont donné des résultats des plus satisfaisants, bien que chez eux nous n'ayons pas obtenu de première intention comme a pu en obtenir Giordano. J'attribue la chose à la circonstance suivante : Giordano a opéré ses trois malades à une période très peu avancée. Aucun d'eux n'avait encore de suppuration. Il n'en a pas été de même avec nos patients. En Italie, je l'ai remarqué plusieurs fois, on se laisse plus facilement opérer qu'ici, où l'on ne nous concède l'intervention que quand toute chance de guérison autre est devenue illusoire.

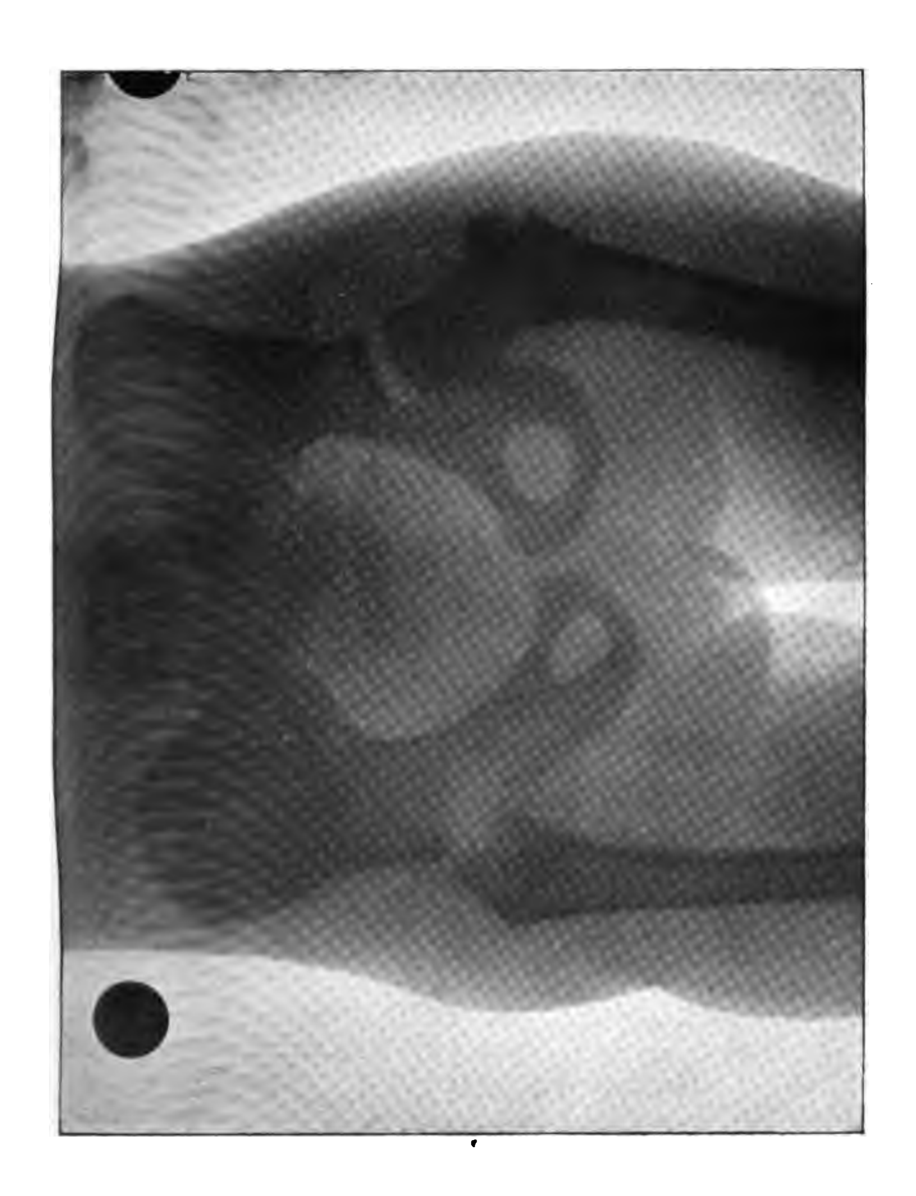
Nos malades étaient donc en pleine période suppurative quand nous les avons opérés. Mais ces derniers venaient régulièrement à la consultation; ils avaient un nouveau bandage plâtré tous les deux mois avec jambe dans une bonne position, de sorte que toutes défavorables qu'elles étaient, les conditions étaient néanmoins meilleures que dans les deux cas précédents.

Hélène R..., âgée de 8 ans, avait déjà été soignée par d'autres médecins pendant peu de temps quand elle vint à notre consultation. Elle avait, à ce moment, de la raideur articulaire, un allongement apparent et une douleur très vive au niveau de l'articulation. La jambe était en adduction. Je lui fis un redressement sous chloroforme et appliquai un bandage plâtré qui fut laissé deux mois. Au bout de ce temps, il fut enlevé et renouvelé. L'état général de l'enfant n'était pas brillant, et quand elle nous revint deux mois après, je constatai de la fluctuation.

Les parents acceptèrent l'intervention que mon chef de service voulut bien obligeamment me confier.

L'enfant, à ce moment, avait une nutrition assez mauvaise. La jambe gauche qui sortait du bandage était en abduction et en rotation en dehors; pas de raccourcissement; le signe d'Adams était positif. Le trochanter était à sa place, un peu au-dessus de lui on sentait de la fluctuation. La région était douloureuse à la pression; l'enfant n'avait pas de fièvre.

L'enfant fut endormie au chloroforme; l'incision fut faite comme l'indique Giordano. En coupant les muscles, hémorragie assez considérable d'un rameau de la fémorale profonde. Le grand trochanter se détache bien du fémur; on arrive facilement à la tête qui est assez fortement attaquée. J'enlève à la curette toutes les parties malades jusqu'à ce que j'aie la sensation d'os sain. Je vais alors plus profondément cureter la cavité cotyloïde



qui est malade elle aussi. Une fois la toilette finie, la tête est rentrée en cavité; je suture la capsule et les muscles au-dessus d'elle, ensuite, au moyen d'une forte aiguille, je suture le grand trochanter au fémur et finis par suturer la peau au crin de Florence sans mettre de drain. L'enfant est mise ensuite dans une gouttière ouatée. Le lendemain et les jours suivants tout alla pour le mieux; le dixième jour les fils furent enlevés et j'appliquai un bandage plâtré. Malheureusement il y eut de la suppuration au niveau de certains fils; la plaie se rouvrit sur une partie de son trajet; il y eut une fistule qui céda à un traitement consistant à introduire des crayons iodoformés dans le trajet préalablement cureté et cautérisé au chlorure de zinc. L'opération fut pratiquée le 10 février 1899, donc il y a un an à peu près. L'enfant, jusque il y a trois mois, a continué à porter un bandage plâtré. Maintenant elle marche et court et n'accuse plus aucune douleur.

Le quatrième et dernier enfant, D. C. François, fut opéré par M. Lorthioir. Chez lui la tête et le col n'étaient pas tout à fait en aussi mauvais état que chez la malade précédente. L'opération fut faite selon toutes les données de Giordano. Le traitement post-opératoire fut le même que pour Hélène R...; l'enfant porta des bandages plâtrés jusqu'à six mois environ après l'opération. Un trajet fistuleux qu'il avait après l'opération se ferma assez rapidement et maintenant l'enfant est dans de bonnes conditions de santé. Il marche, va en classe. Il conserve une jambe légèrement plus courte que l'autre, mais jouissant encore de certains mouvements. Je n'ai pu malheureusement avoir aucune radiographie de cet enfant qui ne vient d'ailleurs plus à la consultation.

Je suis plus heureux avec Hélène R... J'ai pu la suivre très régulièrement, et M. Lorthioir a bien voulu en prendre une radiographie du bassin qui est superbe, ce dont je lui exprime ici tous mes remerciements.

D'un dernier examen que j'ai pratiqué récemment, je relève les principaux points suivants :

La nutrition de l'enfant est désormais excellente. Les formes sont arrondies, les masses musculaires sont bien developpées, le pannicule adipeux est abondant.

L'examen du squelette nous montre une légère déviation scoliotique de la colonne vertébrale à gauche. On remarque aussi dans la station debout que l'enfant a le bassin penché vers la gauche.

Couchée sur le dos, la petite a le pied gauche en rotation externe, tout le membre inférieur gauche est allongé normalement auprès de son congénère droit. La cicatrice est blanche et dure, il n'y

a aucune hypertrophie. La distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe est à gauche de 51 centimètres, à droite de 54 centimètres.

Le signe d'Adams est positif. Quand on exécute cette manœuvre, la jambe malade se soulève à 10 centimètres environ du plan de la table.

Le grand trochanter est situé au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton. Le triangle de Bryant n'est pas isocèle. Ses côtés ont respectivement 3 $^1/_2$ et 6 $^1/_2$ centimètres de longueur.

Les mouvements, tant passifs qu'actifs, de la cuisse sur le bassin, sont abolis presque entièrement. Quand l'enfant veut mouvoir la cuisse, elle meut en même temps le bassin.

La jambe est tout à fait mobile sur la cuisse. La pression ne produit aucune douleur au genou.

La marche est accompagnée d'une légère claudication ; la jambe gauche est en abduction ; le pied en rotation en dehors ; tout le membre se meut d'une pièce avec le bassin.

La radiographie vient confirmer les données de notre examen objectif.

Nous y voyons tout d'abord que le bassin est réellement abaissé, entraîné par la descente de la cuisse et de la jambe. La tête a disparu (elle n'a pourtant pas été réséquée); il y a un rudiment de col formant tête et s'emboîtant dans la cavité cotyloïde qui est, elle aussi, déformée, semblant agrandie au moins pour autant qu'on la compare avec la cavité saine. Le grand trochanter, représenté à droite par un noyau épiphysaire assez gros, n'est plus representé à gauche que par un petit noyau très peu marqué au côté externe. La place du cartilage en Y, marquée à droite, ne l'est plus à gauche. Cette radiographie a été prise dix mois après l'opération. Un mois après, j'en ai fait faire d'autres, dont les résultats sont absolument les mêmes que ceux de celle jointe à l'article. Il sera naturellement des plus intéressants d'avoir des radiographies nouvelles tous les ans, pour voir les progrès de l'ossification et pour s'assurer si vraiment le cartilage épiphysaire, ayant dû être en partie sacrifié, le membre aura pu, malgré cela, conserver sa faculté d'accroissement.

Cette observation ainsi complétée vient certainement appuyer les arguments qui militent en faveur du procédé de Giordano. Le raccourcissement du membre de 2 $^1/_2$ centimètres n'est pas considérable : il permet à l'enfant de marcher sans claudication trop marquée. L'ankylose de la hanche est le résultat espéré du traitement non sanglant. Nous avons, dans notre cas, tous les avantages

du traitement conservateur. La commission anglaise, instituée pour étudier la question de la résection de la hanche, parmi les raisons qu'elle invoquait contre cette intervention et en faveur de la conservation, citait précisément le manque de fixation du membre résultant de la résection et qui rend la marche très difficile et incertaine, tandis qu'avec le membre fixé au bassin, la marche est sûre et le membre plus utile. De plus, le raccourcissement étant moindre, la claudication est moins marquée à la suite du traitement conservateur. Tous ces avantages, notre petite malade en jouit. Notre opération la laisse avec un membre très utile, qui n'est pas sensiblement plus court que le membre sain, qui est fixé au bassin dans la position recherchée dans le traitement conservateur, c'est-à-dire en rotation en dehors, en extension et légère abduction.

Elle semble être dans les meilleures conditions pour que l'allongement consécutif ne soit pas entravé. Elle a, en tout cas, cet avantage sur les malades chez qui l'on n'est pas intervenu : c'est que l'on a pu se rendre un compte exact de l'étendue des lésions et la débarrasser d'un coup d'un foyer d'infection contre lequel son organisme, luttant avec ses seules forces, n'aurait sans doute pas eu la victoire; aussi sa nutrition s'en ressent-elle. L'enfant n'est plus à reconnaître et elle est bien mieux en état de réagir contre une métastase possible qu'elle ne l'eût été si l'on avait, dans un cas heureux, obtenu une guérison par une méthode conservatrice.

C'est pourquoi je comprends parfaitement que Giordano intervienne hâtivement.

Il raccourcit la durée du traitement; il peut même avoir des premières intentions et du coup il met ses malades dans les meilleures conditions pour rétablir leur état général.

J'ai développé déjà cette manière de voir au sujet des tuberculoses locales en général dans le n° 43 de la *Clinique* de 1899, et je ne crois pas qu'on puisse trouver d'exemples mieux faits pour l'appuyer que les deux relatés par Giordano et les nôtres.

Certes, il sera toujours permis d'invoquer contre le procédé de Giordano le grand délabrement qu'il produit au moins momentanément; on coupe une quantité de muscles, on enlève le grand trochanter de sa base d'implantation, mais la réalité montre que la chose n'a pas d'effet fâcheux. D'ailleurs, cette grande incision permet d'aller vite, on opère rapidement et mieux qu'on ne pouvait le faire avec les autres procédés; c'est un grand point qui peut entrer en ligne de compte avec le raccourcissement moindre et la fixation de la jambe en bonne position.

Ces avantages sont réels et, à côté d'eux, il en est un autre que suggérait à M. Lorthioir la division du muscle tenseur du fascia lata. C'est en effet ce muscle qui, aprés la résection, tend à tirer ce membre vers le haut. Après que le muscle a été coupé, cette tendance est certainement moindre, et il s'ensuit que ce facteur aussi concourt à faire obtenir un raccourcissement moindre.

Le procédé de Giordano, en conclusion, comme le procédé à tabatière d'Ollier, et mieux que lui, permet de mettre à nu facilement toutes les parties malades, il permet d'enlever tout ce qui est mauvais ou suspect, en laissant le reste en place.

Il donne ainsi des résultats opératoires et fonctionnels de réelle valeur. Il est supérieur au traitement conservateur quand, dans les lésions avancées, celui-ci a été employé en vain pendant quelque temps. Il est supérieur au traitement opératoire indiqué jusqu'à présent en tant que, toutes choses étant égales au point de vue de l'habileté opératoire, de l'antisepsie, etc., il laisse au malade un membre plus long, plus maintenu, en un mot plus utile à la fonction qu'il doit remplir.

Quant à savoir quel est le moment opportun pour intervenir, il faudra naturellement laisser ce choix à l'appréciation du chirurgien en tenant compte pourtant qu'avec ce procédé d'économie il y a lieu d'avancer la date de l'opération. En effet, les lésions n'auront alors pas encore eu le temps d'évoluer; on risquera ainsi de se trouver devant des foyers beaucoup plus limités et l'on aura par conséquent beaucoup plus de chance d'obtenir une première intention.

D'ailleurs actuellement, avec le nouveau moyen de diagnostic que nous devons à Röntgen, il est assez facile de se rendre un compte exact de l'étendue des lésions. On pourra voir si l'intervention est nécessaire et surtout si elle est passible de tel ou tel procédé. D'autres que moi ont indiqué la nécessité de la radiographie dans la coxalgie et ont insisté sur son utilité; on ne semble pourtant pas encore avoir compris assez son importance, et il serait désirable qu'on eût plus souvent recours à ses services. Ainsi on pourra voir si les lésions augmentent ou diminuent pendant le traitement conservateur, on pourra intervenir en connaissance de cause, et je crois qu'alors surtout la méthode de Giordano rendra tous les services qu'on peut en attendre.

Bruxelles. — Imprimerie HAYEZ, rue de Louvain, 112.

Séance du 17 février 1900.

Présidence de M. le Dr L. BLONDEZ.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est approuvée.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Des lettres de MM. Debersaques, Willems, Dandoy, Desguin, Verneuil et Van Hassel qui s'excusent de ne point pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. Desguin en réponse à celle qui lui avait été adressée à l'occasion de l'échéance de son mandat de Président.

Une lettre de M. Willems qui remercie la Société de l'avoir nommé Vice-Président.

Des lettres de MM. Thiriar et De Wandre qui remercient la Société de les avoir nommés membres honoraires.

Une lettre de M. Polis qui envoie sa démission de membre correspondant.

Une lettre de M. Delcroix qui envoie sa démission de membre titulaire.

Une lettre de M. Moreau qui rappelle qu'il a donné sa démission de membre titulaire l'an dernier et qu'il figure encore sur la liste des membres de la Société.

PROPOSITIONS.

M. Blondez. — Messieurs, nous avons perdu récemment un de nos collègues les plus zélés et les plus sympathiques. Ne pensez-vous pas qu'il serait désirable à l'avenir, dans de semblables circonstances, que, dans le *Bulletin*, il fût joint à la notice bibliographique consacrée au défunt un portrait qui serait pour nous un souvenir durable?

Cette proposition est admise à l'unanimité.

M. Vanderlinden. — Messieurs, la majeure partie des chirurgiens de Bruxelles qui sont nos collègues dans cette Société sont à la tête d'un service hospitalier; les autres ont tout au moins une clinique privée. Ne pensez-vous pas que ces messieurs feraient bien de réserver pour le jour de la séance mensuelle une ou plusieurs opérations? De cette façon les chirurgiens de province qui viennent ici pour assister à une réunion pourraient utiliser leur temps et seraient certains de trouver partout quelque chose d'intéressant à voir.

Cette proposition est bien accueillie par tous les membres présents.

DISCUSSION.

A propos d'un cas de dilatation énorme de la vessie, provoquée par un utérus gravide en rétroversion et enclavé dans le bassin. (M. Hannecart.)

M. Blondez. — Je crois que des cas semblables à celui dont M. Hannecart nous a donné la description dans la dernière séance ne sont pas excessivement rares. Pour ma part j'en ai observé trois. D'ailleurs il est à supposer que ces faits sont plus fréquents à la campagne qu'en ville, où les femmes prennent généralement plus de soins de leur personne.

M. Delétrez. — Certainement. Je suis de l'avis de M. Blondez. J'ai vu aussi plusieurs fois une situation à peu près identique à celle dont M. Hannecart nous a entretenus.

M. Vince. — J'ai observé un cas comme celui-là également.

A propos de la résection de la hanche par le procédé de Giordano. (M. Walravens.)

M. Blondez. — Je désire faire remarquer simplement que l'incision préconisée par Giordano ressemble beaucoup à celle que Soupart employait dans l'amputation de la cuisse.

COMMUNICATIONS.

A propos de la désarticulation de la cuisse.

M. Depage. — Messieurs, dans une de nos précédentes séances, je vous ai parlé d'une malade à laquelle j'avais pratiqué la désarticulation de la cuisse en faisant l'hémostase préventive au moyen de la bande d'Esmarck.

Ce n'est pas un procédé nouveau que je vous ai décrit. L'application de la bande d'Esmarck constitue le principe de plusieurs méthodes opératoires, entre autres de celle d'Esmarck lui-même et de celle préconisée par M. Desguin. Mais dans l'une d'elles on fait, préalablement à la désarticulation, l'amputation de la cuisse et dans l'autre on fait d'abord la résection de la tête fémorale et la désarticulation ensuite. Dans le procédé que je vous ai décrit, je ne fais ni la résection ni l'amputation. Je croise simplement la base du membre par la bande d'Esmarck dont je fais tenir les deux

chefs par un aide et je désarticule directement. Certains d'entre vous ont émis un certain doute au sujet de la fixation possible du garrot dans ces conditions, et se sont demandé si l'on pouvait impunément employer cette méthode d'une façon courante. J'avais du reste fait observer que la malade, à laquelle j'avais pratiqué l'opération, était une femme obèse et que, par conséquent, le garrot eut pu ne pas avoir glissé au moment de l'extraction de la tête humérale à cause de l'importance des parties molles.

Je vous ai promis, Messieurs, de vous signaler le résultat que me fournirait la méthode au prochain cas de désarticulation que j'aurais encore à faire. Cette occasion s'est présentée il y a quelques semaines, quand j'ai pris la direction de mon service de chirurgie à l'hôpital Saint-Jean.

Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, atteinte d'un sarcome fusiforme énorme du fascia lata que j'avais pris, soit dit en passant, pour un ostéo-sarcome. La désarticulation de la hanche n'en était pas moins la seule opération indiquée, vu le grand développement qu'avait pris la tumeur. La malade était de corpulence moyenne; elle était très affaiblie, présentait un aspect d'hydroleucocythose caractéristique et avait eu avant son entrée à l'hôpital plusieurs hémorragies par sa tumeur, qui était ulcérée à la surface.

J'appliquai la bande d'Esmarck comme il a été dit plus haut. Je fis une incision en raquette et me dirigeai droit sur l'articulation. Celle-ci dénudée, je détachai les muscles trochantériens, puis, avant d'abattre le membre, je plaçai des pinces hémostatiques sur les principales artères. Au moment de la désarticulation, il y eut comme une aspiration des parties molles vers la cavité cotyloïde, mais le garrot resta appliqué sur le moignon. Une seule artère, la sciatique, n'avait pas été pincée, mais elle le fut très facilement en diminuant la constriction de la bande d'Esmarck.

La désarticulation en elle-même a duré huit minutes; l'opération, suture et pansement compris, vingt-cinq minutes. La quantité de sang perdue a été très minime. Comme suites post-opératoires, rien à noter de spécial; réunion *per primam* sur toute l'étendue de la plaie. La malade est sortie de l'hôpital il y a quelques jours, munie d'un moignon très convenable pour le port d'un appareil.

M. Blondez. — De quelle façon applique-t-on la bande?

M. Depage. — On la fait descendre le long du pli de l'aine; de là elle passe en arrière au-dessus du grand trochanter, puis elle revient en avant, où elle croise l'autre bout. Il faut évidemment que les deux bouts soient maintenus par un aide.

M. Blondez. — On pourrait peut-être attacher les bouts à la table ou les fixer par un moyen quelconque au-dessus du bassin?

M. Charon. — M. Lorthioir a jadis opéré dans mon service une petite fille atteinte de sarcome de la cuisse. Il fit d'abord la ligature de la fémorale, puis la résection de la tête. Ceci fait, l'ablation complète du membre devint très facile. C'est un bon procédé chez les enfants.

Cette petite fille fut pendant sept mois très bien portante. Après ce laps de temps, elle fut un jour renversée par un cycliste. Il y eut presque immédiatement une repullulation rapide, et le bassin fut envahi.

M. Vanderlinden. — Chez la malade de M. Depage, les ganglions étaient-ils envahis? Je pense que s'ils l'étaient, mieux eût valu ne pas opérer.

M. Depage. — Les ganglions sont rarement envahis dans le sarcome, contrairement à ce qui se passe dans le carcinome. Je n'ai vu qu'une fois un cas de sarcomatose ganglionnaire, et cela tout récemment : c'est chez un homme atteint de sarcome de l'orbite, chez qui l'on trouva le ganglion génien décrit par Poncet. Je crois que dans les cas de sarcome, quand on trouve des ganglions, c'est qu'il existe des phénomènes inflammatoires dus par exemple à l'ulcération de la tumeur.

M. Gallet. — J'ai vu un sarcome de la parotide (le diagnostic fut confirmé par le microscope) dans lequel les ganglions préca-rotidiens étaient entrepris. Dans des cas semblables, il est indiqué de différer l'opération jusqu'au jour où l'on croit avoir la certitude que l'engorgement ganglionnaire est de nature inflammatoire. Et alors, peu de temps après l'intervention, on voit l'engorgement disparaître.

M. Depage. — En effet, et j'ai pu observer cela.

Dr Depage (Bruxelles). — **Diverticule pharyngo-œsophagien. Ablation. Guérison.**

Nous avons eu l'occasion, l'année dernière, d'intervenir chirurgicalement pour un diverticule pharyngo-œsophagien. Comme il s'agit d'une affection que le chirurgien rencontre rarement, nous tenons à donner l'histoire clinique détaillée de notre malade.

Mme D..., âgée de 64 ans, souffre depuis de longues années de troubles des voies respiratoires supérieures. Déjà à l'âge de 30 ans elle eut de temps à autre des quintes de toux, momentanées mais fort pénibles, accompagnées d'une gêne dans la déglutition. Quelques années plus tard, vers 1880, il lui arriva parfois, en dînant, de ressentir des étouffements.

Si elle parlait en mangeant, elle éprouvait une sensation comme si la gorge se fermait tout à coup; elle était prise pendant deux à trois minutes d'un étranglement complet qui lui causait une grande anxiété. Au début ces accidents se renouvelèrent de loin en loin.

En 1883, la perte inattendue de l'un de ses frères qu'elle aimait beaucoup lui causa des accès de profond chagrin. A la suite de pleurs et de sanglots, la gêne à la gorge, la difficulté d'avaler s'accentuèrent. La première heure qui suivait le repas lui était particulièrement désagréable, les liquides et les aliments lui revenant à flots dans la bouche.

Pendant ses promenades, elle devait expectorer à chaque pas et la nuit le même besoin la réveillait fréquemment.

A la longue, la patiente s'aperçut que la moindre agitation, les inquiétudes augmentaient son mal ; elle ajoute que quand elle se mettait à table, à peine assise, il suffisait qu'elle prît une gorgée d'eau pour faire apparaître un bruit particulier et continu dans la gorge.

A cette époque, on était loin de supposer qu'il s'agissait d'un diverticule de l'œsophage.

On crut à des troubles du côté de l'estomac pour lesquels le médecin traitant prescrivait des capsules de créosote. L'ingestion de ces capsules était suivie d'un goût fort désagréable qui, au bout d'un certain temps, fit renoncer la malade à ce traitement.

En 1888, Mme D... accompagna son mari à Mondorff. Le docteur Kleyn, médecin de l'Institut thermal de cette ville, l'examina et diagnostiqua l'existence d'un diverticule œsophagien. Il prescrivit des inhalations journalières, qu'on administra à l'établissement, et fit entrevoir l'éventualité d'une opération.

Dans la suite, la patiente fut atteinte chaque hiver d'un rhume qui provoquait des quintes de toux très fortes et qui persistaient pendant sept à huit semaines. Les efforts étaient si violents que la patiente en gagnait régulièrement un point intercostal très douloureux. A l'examen, on constata chaque fois l'intégrité de la poitrine et des bronches.

Ce fut tout à fait par hasard qu'un jour, il y a de cela cinq à six ans, la malade s'aperçut qu'en fermant le col de sa robe, la pression exercée sur le côté gauche du cou provoquait un mouvement de régurgitation et des expectorations plus faciles. A partir de ce moment, elle put se soulager énormément en lavant sa gorge avec quelques gorgées d'eau qu'elle expulsait par pression sur le cou.

Mais en 1890, à la suite d'émotions pénibles, d'un chagrin profond et d'inquiétudes continues, le mal empira dans une large mesure. Tous les troubles : quintes de toux, suffocations, etc., reprirent et devinrent plus accentués qu'auparavant. A chaque repas, le bruit œsophagien se reproduisit et la difficulté d'absorber des aliments, même liquides, devint intolérable. La patiente devait se lever de table deux ou trois fois pour vider la poche et ce n'est qu'à grand'peine qu'elle parvint à faire passer quelque nourriture.

Cet état de choses lui causa une grande tristesse; elle maigrissait et s'affaiblissait graduellement, et la vie finit par lui être à charge.

Au mois de février dernier, Mme D... fut atteinte d'un gros rhume et les symptômes s'aggravèrent encore. M. Capart essaya à plusieurs reprises d'introduire une sonde dans l'œsophage, mais toutes ses tentatives échouèrent, la sonde allant régulièrement butter contre le fond du diverticulum. C'est alors que M. Capart, qui depuis longtemps avait déjà débattu avec la famille la question d'une intervention, me pria de venir voir la malade avec lui.

J'ai peu de chose à ajouter, au point de vue de la symptomatologie, à l'historique qui me fut fourni de l'affection, et mon examen ne put que confirmer l'existence des troubles signalés plus haut : suffocation, accès de toux, anxiété à chaque déglutition, bruit particulier dans la gorge, rejet des matières alimentaires liquides et solides par la pression sur le côté gauche du cou, lequel ne présente pas de déformation.

Ajoutons que l'état général de Mme D... paraissait anéanti et dénotait une dénutrition profonde. La malade était extrêmement maigre, et dans les derniers temps son état de faiblesse s'était fort accentué, car depuis cinq à six semaines, elle n'avait pour ainsi dire plus ingéré d'aliments, ceux-ci étant régulièrement rejetés après chaque repas.

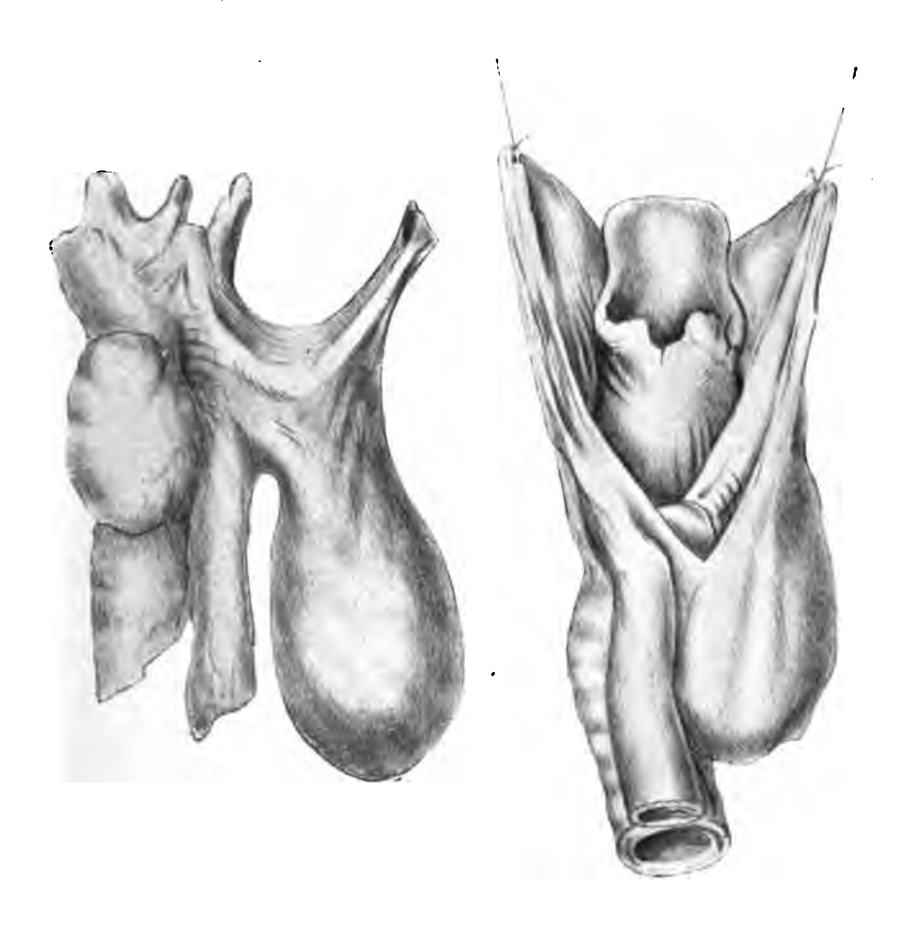
Nous proposâmes une intervention radicale; mais avant de se décider d'une façon définitive, la famille voulut encore prendre l'avis de notre confrère le Dr Desguin, d'Anvers, qui, sans hésiter, se rangea à notre manière de voir et voulut bien, avec MM. Capart et Hannecart, m'aider à l'opération. Celle-ci fut pratiquée le 11 mars 1899.

Narcose au chloroforme. Soins aseptiques habituels. Décubitus dorsal, la tête étant légèrement inclinée à droite et en arrière. Incision le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien allant de l'os hyoïde au bord inférieur du cartilage cricoïde. Réclinaison en arrière du muscle et du paquet vasculo-nerveux. Ligature de l'artère thyroïdienne supérieure et écartement en avant du corps thyroïde et du larynx. L'œsophage est ainsi mis à nu et la poche diverticulaire apparaît avec lui. Elle prend naissance à la limite pharyngo-œsophagienne et plonge derrière le canal alimentaire jusqu'à la limite du médiastin. Sa dissection ne présente aucune difficulté; elle se détache comme s'il s'agissait d'un sac herniaire peu adhérent et on la résèque à son point d'insertion. Une sonde est alors introduite par le nez jusqu'au niveau de la plaie et de là poussée dans l'œsophage dont l'orifice supérieur ne présente pas de rétrécissement. Fermeture de la plaie du canal alimentaire par un double surjet à la soie : un premier réunissant directement les bords; un second, au point de Lembert, enfouissant le premier. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée, en laissant émerger celle-ci par l'angle inférieur. Suture de la peau. Pansement.

A son réveil, la malade est très agitée et l'on constate une raucité complète de la voix.

Le 12 mars. — Nuit très agitée. Pouls petit, très fréquent mais régulier. Dyspnée légère. La patiente se plaint vivement d'une gêne produite par la présence de la sonde dans le canal alimentaire.

Le 13 mars. — On change le pansement et l'on renouvelle le tamponnement. Le pouls devenant de plus en plus petit, on pratique une injection d'un litre de sérum artificiel.



Vers le soir, la situation est devenue fort critique. La malade a perdu connaissance. Le pouls est à peine perceptible. Il existe de la dyspnée et une légère cyanose de la peau accompagnées de refroidissement des extrémités.

Nouvelle injection d'un litre de sérum artificiel. Introduction par la sonde d'une mixture composée d'un mélange de lait, de somatose et d'un verre de fine champagne.

Les forces de la malade se relèvent peu à peu et l'on continue dans la suite à injecter toutes les deux heures un mélange semblable en y ajoutant un jaune d'œuf.

Le 14 mars. — Amélioration considérable. Nuit bonne. Pouls plus perceptible qu'auparavant, moins fréquent et plus régulier. La digestion s'effectue bien.

A partir de ce moment, l'amélioration s'accentue tous les jours; mais il survient une toux continue et une expectoration purulente à odeur fétide qui persistent pendant plusieurs semaines et disparaissent alors en quelque sorte brusquement.

Le 17 mars. — La sonde stomacale est supprimée et la déglutition s'effectue d'une façon normale, sans difficulté. On enlève les fils.

Le 21 mars. — Suppression du drainage.

Le 23 mars. — Il s'établit une suppuration et le pus a une tendance à s'accumuler au fond de la plaie. On replace le drain et par celui-ci on fait tous les jours un lavage au moyen d'une solution boriquée tiède.

Malgré des soins journaliers, la suppuration ne montre aucune tendance à diminuer.

Le 20 avril. — Nous remettons la malade sous le chloroforme, nous agrandissons la fistule, nous pratiquons une contre-ouverture en arrière du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans la partie la plus déclive de la fosse sus-claviculaire, et nous faisons passer un drain d'une ouverture à l'autre de façon à permettre un lavage plus complet de la partie profonde de la plaie.

La suppuration n'en persiste pas moins jusqu'au jour où le fil de soie qui avait servi au plan externe de la suture de l'œsophage vint se présenter à l'orifice de la plaie et fut extrait. Quelques jours plus tard, la plaie était cicatrisée et la guérison complète.

Actuellement M[me] D... se porte très bien et sa nutrition s'accomplit d'une façon normale. C'est à peine s'il persiste une légère modification dans le timbre de la voix.

J'ai dit, en commençant, que le chirurgien a rarement l'occasion de traiter un diverticule pharyngo-œsophagien. Sans doute cette affection est plus fréquente qu'on ne le croit généralement, mais la plupart du temps elle n'est pas diagnostiquée et se découvre par hasard à l'autopsie.

Les cas opérés signalés dans la littérature sont, avec le mien, au nombre de quinze :

Un de von Bergmann (1), deux de Kocher (2), un de Bilroth, publié par Schwarzenbach (3), deux de König (4), un de von Mandach (5), un de Bayer (6), deux de Butlin (7), un de Mixter (8), deux opérés à la clinique de Witzel et rapportés par Hoffman (9) et un cas rapporté par Butlin et opéré à Londres par un chirurgien non signalé.

En réalité, la technique de cette opération n'est pas bien difficile et les dangers résident surtout dans l'alimentation subséquente qui peut, en infectant la plaie, en empêcher la réunion. Dans le cas qui nous occupe, il n'en a pas été ainsi et cependant, sans aucun doute, il y a eu infection des fils de soie ayant servi à la suture du canal alimentaire; l'un d'eux, le profond, doit avoir passé dans l'œsophage et je suppose que c'est sa présence qui entretenait, chez ma malade, la gêne au fond de la gorge, la toux et l'expectoration purulente, symptômes qui ne se sont amendés qu'avec l'élimination des fils. Le second fil, au contraire, a été cause d'une suppuration de la plaie qui s'est prolongée pendant plus d'un mois.

---

(1) *Arch. für klin. Chir.*, 1890, Bd 43, p. 1.

(2) *Corresp. für Schweizers. Aerzte*, 1892, n° 8.

(3) *Wiener klin. Wochenschr.*, 1893, n°s 24 et 26.

(4) *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1894, n° 42.

(5) *Corr. für Schweizer. Aerzte*, 1894, n° 24.

(6) *Prager med. Wochenschr.*, 1894, n° 4.

(7) HENRY T. BUTLIN. — I. *On the removal of a « pressure-ponch » of the œsophagus.* (From vol. LXXVI of the Medico-Chirurg. transactions published by the Royal Med. and Chirurg. Society of London.)

II. *On a case of removal of a « pressure-ponch » of the œsophagus.* (BRIT. MED. JOURN., 1898, n° 1931, p. 8)

(8) *Med. News*, 1894, n° 4.

(9) *Ueber das Sackdivertikel des œsophagus und seine chirurgische Radicalbehandlung mit vorausgeschikte Gastrostomose.* (DEUTS. MONATS. WOCHENSCHR., 1899, n° 31, p. 509.)

Quoi qu'il en soit, il faut, dans cette opération, faire en sorte que l'on obtienne une union complète de la plaie œsophagienne.

Dans ce but, Kocher, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, refuse à ses malades toute nourriture; Witzel, à l'exemple de König, pratique la gastrostomie deux à trois semaines avant l'excision du diverticule.

A mon avis, ces deux méthodes présentent de grands inconvénients. Pour ce qui est de la première, je tiens à faire remarquer que les malades qui se font opérer d'un diverticule de l'œsophage sont généralement très affaiblis, et, dans ces conditions, j'estime qu'il faut les nourrir le plus rapidement possible.

Quant à la gastrostomie préalable, ou gastrostomose, comme l'appelle Hoffmann, préconisée à la clinique de Witzel, je la considère comme une opération surannée, qu'il est inutile d'imposer au patient, la seconde intervention étant déjà suffisamment grave par elle-même. Cette méthode ne met d'ailleurs pas à l'abri de l'infection et de la désunion de la plaie œsophagienne. Dans le premier cas de Witzel, en effet, douze jours après l'opération, il existait une fistule œsophagienne qui ne se ferma qu'au bout de six semaines.

Je préfère, quant à moi, à l'exemple de Bilroth, nourrir le malade à l'aide de la sonde naso-œsophagienne ainsi que nous l'avons fait dans le cas que nous avons eu l'occasion d'opérer.

Dr Verneuil (Bruxelles). — **Ostéite du sommet de la cavité orbitaire. Phlébite et thrombose de la veine ophtalmique et du sinus caverneux. Phlegmon de l'orbite. Mort.**

L'observation qu'on va lire se rapporte à un garçon de 25 ans, jusque-là bien portant, exempt de tares héréditaires. Ses parents vivent encore; leurs autres enfants sont en bonne santé. Lorsqu'il se présente à ma consultation de l'hôpital, voici ce que je constate : Du côté gauche, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur, empiétant sur la région parotidienne, on voit un notable gonflement des tissus, qui déforme tout à fait la face. La peau est d'une coloration normale; aucun phénomène inflammatoire, nul ganglion appréciable. Pressé de questions, le malade déclare que depuis plusieurs semaines déjà il est sujet à

des céphalalgies frontales parfois très pénibles, plus intenses du côté gauche, surtout quand il fait mouvoir les yeux. La palpation au niveau de la région massétérine démontre l'existence d'une tumeur molasse, assez profonde, aucunement douloureuse. L'écartement des mâchoires est très minime; les tentatives faites pour l'augmenter sont péniblement supportées et n'aboutissent d'ailleurs qu'à un résultat illusoire.

Cette tumeur a débuté insidieusement et a augmenté d'une façon progressive, sans causer aucune souffrance; le sujet s'en est aperçu il y a quinze jours environ. Il y a deux jours encore le mal se bornait aux symptômes que nous venons de décrire, et notre malade, croyant à une simple fluxion, n'avait pas songé une minute à recourir aux lumières d'un médecin. Mais depuis quarante-huit heures la situation s'était modifiée, et ce qui avait inquiété cet homme c'était l'apparition des troubles visuels : une diplopie fort gênante dont il est aisé de saisir les causes. En effet, il semble que le globe oculaire du côté atteint soit en protusion légère et qu'il y ait un léger strabisme externe; dans tous les cas, ses mouvements sont sensiblement réduits, surtout en bas et en dedans. Les mouvements de l'autre œil sont normaux.

La pupille réagit, mais très faiblement et très lentement. L'examen ophtalmoscopique est à peu près négatif : la papille ne présente aucune altération, les veines sont toutefois un peu dilatées. Nous ne trouvons que le quart de la vision, troublée d'ailleurs par un léger nuage qui voile les objets, même très rapprochés. Ni chémosis ni œdème des paupières. Mais d'autres symptômes fixent encore l'attention. L'homme répond correctement aux questions qu'on lui pose, mais ses réponses subissent un retard assez notable. Il a l'air hébété. Quand on lui parle, il semble qu'il ne comprenne pas, puis, aprés un temps variant de cinq à dix secondes, il retrouve la parole. Aucun trouble du côté de la motilité. Le pouls est plein, assez lent. La température est de 38°3.

En présence de ces différents phénomènes, je conclus à une phlébite de la veine ophtalmique, avec propagation aux sinus, phlébite dépendant de la lésion constatée à la région parotidienne.

Une chose pourtant me déroute quelque peu : l'absence de tout symptôme inflammatoire du côté de la tumeur. Il n'y avait pas à penser à une ostéite du maxillaire inférieur.

On pouvait considérer déjà la situation comme désespérée; mais il fallait intervenir. Je conseillai au malade d'entrer à l'hôpital sans

tarder; il n'y vint que le soir. La température prise à ce moment était de 38°9. La nuit fut mauvaise, agitée, sans sommeil. Délire doux mais continuel. L'inappétence est absolue. Le lendemain de bonne heure, l'homme fut mis sous le chloroforme. Incision longitudinale parallèle aux fibres du masséter et tombant sur le milieu du muscle. Il faut l'inciser complètement pour découvrir quelque chose. Profondément, sous lui, on arrive dans une poche, se prolongeant vers la parotide, remplie de pus assez épais, et au fond de laquelle on voit la branche montante du maxillaire dépourvue, en plusieurs points, de son périoste. Mais l'os est sain; à l'endroit où le périoste n'est pas détruit, il est normal également; bref, je suis convaincu que le pus auquel je viens de donner issue s'est collecté à la région massétérine, a détruit une partie du périoste du maxillaire inférieur, mais n'est pas dû à des phénomènes inflammatoires localisés à cette partie du squelette.

Au moyen d'un écarteur, je parviens à vaincre la résistance des mâchoires et à inspecter la bouche. On n'y découvre rien Toutefois, comme les deux dernières molaires inférieures gauches sont cariées, je les arrache; mais les racines sont saines, il ne s'écoule rien des alvéoles. D'où provenait donc le pus? Les plus minutieuses recherches avec la sonde ne me font découvrir aucun trajet. Dans ces conditions, je tasse très fortement dans la cavité de la gaze iodoformée, espérant trouver quand je l'enlèverai des tissus bien secs qui me permettront de voir sourdre le pus à l'endroit où il vient s'épancher dans le clapier.

Le soir, la température s'élève encore, l'hébêtement s'accentue, l'insommie est complète, le délire plus violent que la veille, et le malade ne consent à prendre qu'un peu d'eau. Vers le matin, son état s'améliore un peu, grâce à 1 gramme de sulfate de quinine qu'on lui a fait prendre dans la nuit.

Lors de ma visite, je constate que la situation n'a guère changé depuis vingt-quatre heures. Seulement les phénomènes se sont aggravés du côté de l'œil. La protusion a augmenté, l'organe est presque immobile, la vue a baissé encore. Je fais continuer la quinine, donner un lavement purgatif et mettre de la glace sur la tête.

Le lendemain, la protusion du globe oculaire est encore plus accentuée, les paupières s'œdématient légèrement, le chémosis commence à apparaître, la vue est presque abolie. Il y a probablement du pus dans la cavité orbitaire.

Le malade est mis de nouveau sous le chloroforme et je commence par enlever le pansement; la plaie apparaît absolument sèche, sans trace de suppuration. A ce moment je soupçonne une relation entre le clapier et la cavité orbitaire, mais, pas plus que la première fois, il ne m'est possible de découvrir l'existence d'un trajet. De la gaze est de nouveau tassée dans la plaie, mais légèrement cette fois; puis je m'occupe de l'œil.

Une incision est pratiquée le long du rebord orbitaire inférieur: la paupière est réclinée vers le haut. Le tissu cellulaire apparaît, j'y enfonce la sonde cannelée. Le pus s'écoule bientôt en quantité considérable. Deux drains sont placés. Le soir, la température tombe. Elle est à peu près normale, mais l'état général ne se modifie pas. Les drains fonctionnent bien, et le lendemain on ne découvre pas de pus sur la gaze; mais le jour suivant je constate que les drains sont bouchés et sur la gaze je trouve du pus. J'étais convaincu dès lors que l hypothèse que j'avais émise le jour de ma première intervention était bonne, que la collection située sous le masséter ne s'était pas formée sur place. C'était, en somme, un véritable abcès par congestion en relation avec une lésion osseuse qui, selon toutes probabilités, siégeait du côté de la cavité orbitaire.

Je n'insiste pas sur la suite de l'observation. Le cas était au-dessus des ressources de l'art, les phénomènes généraux vinrent bientôt dominer la scène. Le malade refusait même un peu d'eau, il n'eut bientôt plus conscience de ce qui se passait autour de lui; il vécut quelques jours dans un véritable coma. La température oscillait entre la normale et 38°,5. On ne constata jamais aucun phénomène d'excitation. La mort vint lentement en hypothermie.

Autopsie. — Le crâne ouvert, voici ce que nous constatons : Lorsqu'on soulève la masse cérébrale, on voit apparaître un liquide louche, puriforme, peu abondant d'ailleurs. Quand l'organe est enlevé complètement, on peut très bien se rendre compte de l'étendue de la région baignée par ce liquide Cette région est limitée en avant et en dehors par une ligne oblique tirée du milieu de l'apophyse cristagalli au sommet de la petite aile du sphénoïde; en bas, par une ligne horizontale passant par les sommets des rochers; en dedans, par la ligne médiane; en dehors, par une ligne tombant perpendiculairement du sommet de la petite aile du sphénoïde sur la ligne horizontale formant la limite inférieure.

La substance cérébrale, dans toute cette région, est d'une couleur brun jaunâtre tranchant parfaitement sur les parties avoisinantes.

Cette coloration est d'ailleurs superficielle, car si l'on incise le tissu à cet endroit, il apparaît immédiatement avec l'aspect qu'il présente partout ailleurs. En un point toutefois, — à l'extrémité antérieure du lobe temporo-sphénoïdal, — on remarque un foyer nécrotique allongé ayant la forme et la grandeur approximatives d'un haricot de moyen volume, profond d'un demi-centimètre environ.

En examinant attentivement toute cette région, on voit manifestement que le nerf optique, à son entrée dans la cavité cranienne, baigne dans le pus.

J'incise alors la dure-mère de façon à pouvoir avec la scie enlever le plafond de l'orbite.

Cette incision amène du pus, et je puis constater que le plafond n'existe plus que dans ses deux tiers antérieurs. Le tiers postérieur, c'est-à-dire le sommet de l'orbite, est détruit en partie, et ne subsiste dans les autres endroits qu'à l'état de minces lamelles où le travail de carie est des plus nets. Dans la cavité cranienne, l'apophyse clinoïde antérieure gauche est à peu près détruite aussi. Sur la paroi externe de l'orbite, vers le sommet, près de la fente sphénoïdale, on constate également des lésions d'ostéite. La veine ophtalmique à ce niveau est volumineuse et dure ; coupée transversalement, elle laisse échapper du sang noirâtre mêlé de pus, et dans sa lumière on trouve un caillot. Des phénomènes identiques s'observent dans le sinus caverneux et dans le sinus coronnaire.

Nous pouvons maintenant, je pense, refaire complètement l'histoire de ce malade.

L'affection — une ostéite de nature indéterminée — doit avoir débuté par la voûte orbitaire, près du sommet de la cavité. Cette affection a été non seulement chronique d'emblée, mais a affecté une marche particulièrement lente et insidieuse, puisque le malade, tout en éprouvant des douleurs périorbitaires, a pu les supporter au point de ne pas même songer à aller consulter un médecin.

La tuméfaction qui existe dans des cas semblables derrière le globe oculaire est ordinairement suffisante pour amener dès le début des troubles visuels; le processus inflammatoire, si peu tumultueux qu'il soit, retentit presque toujours cependant sur la circulation des parties antérieures de l'œil et sur celle des paupières. Ici, rien de tout cela. Mais ce qu'il y a de plus particulier encore, c'est le chemin suivi par le pus. En général, il vient

se collecter près du rebord orbitaire inférieur ou vers l'un des angles de l'œil, ou bien il y a des signes d'accumulation derrière le globe qui incitent le chirurgien à intervenir. Chez notre malade, le pus est allé se collecter où nous l'avons vu, à la région massétérine.

J'avoue que je m'expliquais difficilement la chose et je comptais, pour m'éclairer entièrement, sur les constatations que l'autopsie allait me permettre de faire. Malheureusement, je n'obtins de la famille du défunt que l'autorisation d'enlever le cerveau, ayant fait la promesse formelle que cette opération ne laisserait pas de traces. J'eus beau représenter que la face portait déjà les cicatrices de deux opérations et qu'une troisième ne défigurerait pas davantage, rien n'y fit.

J'en suis donc réduit à des suppositions, et parmi celles-ci, je pense que la plus acceptable est la suivante :

La graisse contenue dans la fosse zygomatique se continue avec la graisse de l'orbite au sommet de cette cavité. D'autre part, la graisse de la fosse zygomatique se continue de même avec le peloton adipeux de la fosse temporale et avec la graisse de la joue. Le pus peut avoir suivi ce chemin.

Il faut dans tous les cas abandonner l'idée de deux affections indépendantes, l'une siégeant dans l'orbite, l'autre à la région massétérine.

L'intérêt de l'observation réside surtout dans cette localisation et dans cette marche exceptionnelle du pus. Je ne connais pas de fait semblable.

Il réside encore dans l'indolence avec laquelle le mal a évolué pendant un très long temps.

Pour le reste, le cas, tout en étant peu fréquent, rentre dans la catégorie des maladies classiques. Sous l'influence d'une cause qu'il serait difficile d'élucider, l'affection osseuse a pris une tournure aiguë. Des phénomènes inflammatoires se sont déclarés du côté de la veine ophtalmique. C'est à ce moment que j'ai vu le malade pour la première fois. Puis sont survenues les complications les plus graves : le phlegmon de l'orbite et enfin la thrombose des sinus. Alors l'issue fatale était certaine ; j'ai dit de quelle façon la mort survint.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Dr A. Delétrez (Bruxelles). — **Stérilisateur fonctionnant par la vapeur sous pression (modèle de l'Institut chirurgical de Bruxelles).**

Ce nouvel appareil, dont j'ai confié la construction à la maison Flicotaux, de Paris, et qui fonctionne actuellement dans mon service à l'Institut chirurgical de Bruxelles, se compose d'une batterie de trois autoclaves horizontaux A, B et C (voir fig. 1), ayant $0^m,34$ de diamètre intérieur, avec portes à charnières. Ces cylindres sont reliés avec un autoclave vertical D, ayant $0^m,25$ de diamètre et disposé spécialement pour servir de générateur.

Un robinet E commande la prise générale de vapeur; d'autre part, chaque compartiment est muni d'un robinet G, G', G'' commandant l'arrivée de la vapeur, et d'un robinet de purge H, H', H''.

L'autoclave C est relié d'autre part avec une trompe I permettant d'y faire le vide; on réserve ce compartiment C pour les pansements qui doivent être plus particulièrement secs.

On peut stériliser dans les divers autoclaves horizontaux, et en une fois, tout ce qui est nécessaire à une séance opératoire (pansements, compresses, instruments, etc.); on emploie à cet effet une série de boîtes et de paniers appropriés.

Les pansements sont placés dans des boîtes cylindriques en cuivre munies à chaque extrémité d'une fermeture à éclisses. Ces boîtes à pansements sont de deux modèles combinés de manière que chaque autoclave horizontal puisse recevoir deux demi-boîtes J ou bien six petites K (fig. 2).

Pour supporter les petites boîtes K, on dispose dans l'appareil un panier spécial en cuivre L.

Les instruments sont placés dans des plateaux ordinaires.

Pour stériliser les plateaux dans l'autoclave B, par exemple, on introduit dans ce dernier un panier cylindrique M, muni de plaques ajourées (fig. 2).

Pour stériliser les catguts, on emploie de petits cylindres N (fig. 2), munis d'un couvercle étanche; on met les catguts dans

des tubes de verre que l'on peut fermer soit à la lampe, soit par un tampon d'ouate ou par un bouchon de caoutchouc.

On verse de l'alcool éthylique dans les tubes et le cylindre N; on ferme ce cylindre avec le plus grand soin et on le place dans un autoclave quelconque (A, B, C ou D).

Le générateur D peut lui-même être utilisé d'une façon indépendante comme autoclave ordinaire; c'est dans ce but qu'il est muni d'un panier métallique P (fig. 2) et de deux boîtes à eau (fig. 3); ces boîtes sont d'un modèle nouveau et feront plus loin l'objet d'une description spéciale.



FIG. 3.

Tous les autoclaves sont construits en cuivre et bronze; les divers accessoires sont nickelés : le bâti supportant les trois cylindres horizontaux est en fer verni, de façon que l'entretien de tout l'appareil soit prompt et facile.

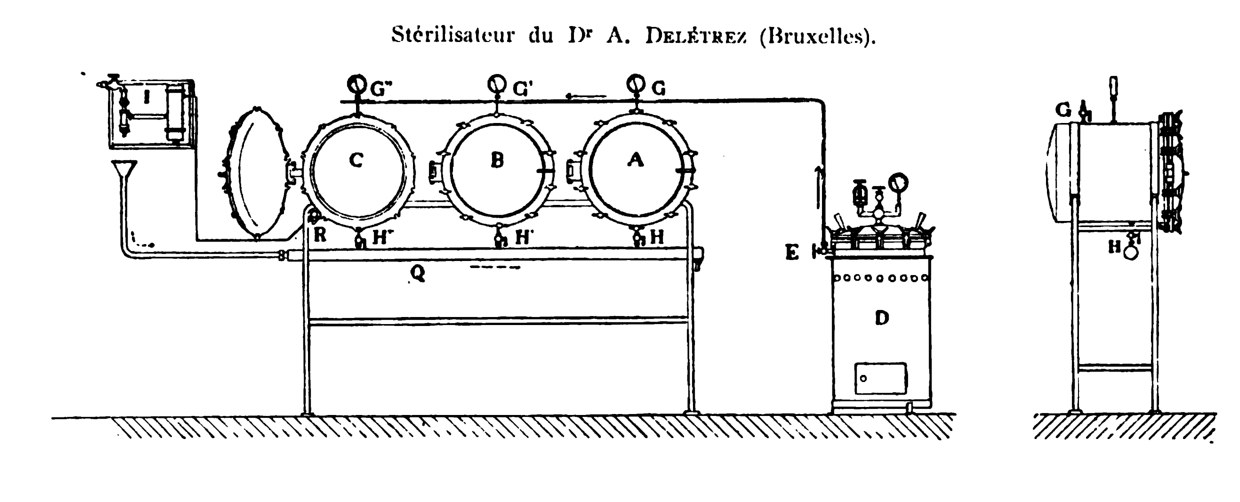
Mode d'emploi de l'appareil pour obtenir une stérilisation dans les autoclaves horizontaux.

On place dans les cylindres A, B et C les objets à stériliser en ayant soin que les ouvertures placées aux extrémités des boîtes soient découvertes : on ferme les trois couvercles des autoclaves horizontaux en serrant les écrous à oreilles de manière à appuyer très régulièrement sur le cercle de caoutchouc.

On remplit d'eau le générateur D jusqu'à moitié de sa hauteur (cette quantité d'eau doit varier suivant le nombre de récipients horizontaux que l'on désire alimenter; on doit compter environ 3 litres par appareil). On ferme le couvercle de l'autoclave vertical et on allume le brûleur qui est disposé de manière à obtenir une rapide production de vapeur.

Quand la pression du générateur commence à dépasser une

Stérilisateur du Dr A. Delétrez (Bruxelles).



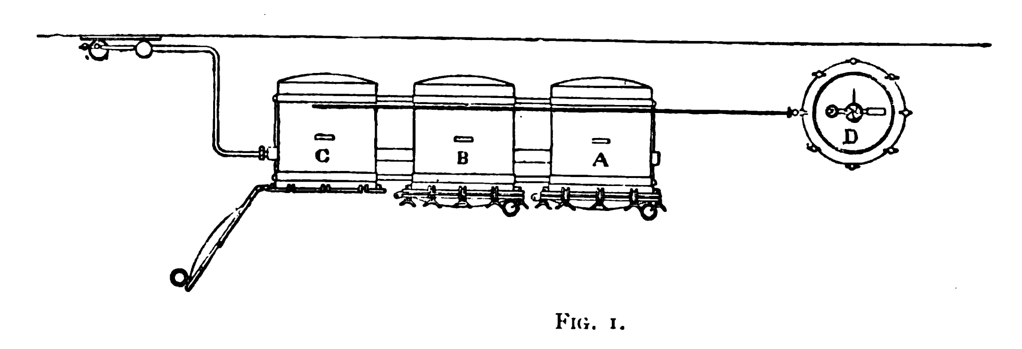


Fig. 1.

Stérilisateur du Dr A. Delétrez (Bruxelles).

Fig. 2.

atmosphère, on ouvre le robinet général E. puis les robinets G et H commandant le cylindre A, par exemple.

La vapeur remplit peu à peu cet autoclave et les produits de la condensation s'écoulent par le robinet H. Au bout de cinq à sept minutes, tout l'air contenu dans l'autoclave A est expulsé par le tuyau de vidange Q, et la vapeur commence à s'échapper. On règle alors l'ouverture du robinet H de manière à maintenir l'aiguille du manomètre à la pression que l'on désire (ordinairement une atmosphère correspond à 120° ; d'après certains chirurgiens, on pourrait sans inconvénient abaisser cette pression à 600 ou 800 grammes correspondant à 112° à 115°); il suffit de maintenir cette circulation de vapeur pendant un quart d'heure pour obtenir une stérilisation complète.

Pendant toute la durée de la stérilisation, on règle le brûleur de manière que la pression du générateur D ne dépasse pas deux atmosphères.

Quand la stérilisation est terminée, on éteint le brûleur et l'on continue à faire circuler de la vapeur dans le récipient A; on active d'ailleurs cette circulation en ouvrant davantage le robinet H.

Lorsque l'aiguille du manomètre A est revenue à zéro, on peut ouvrir le couvercle à charnière et retirer les objets stérilisés en ayant soin de manœuvrer les éclisses pour fermer les ouvertures des boîtes.

En même temps que l'on fait une stérilisation dans le cylindre A, on peut faire une opération semblable dans les cylindres B et C; la marche à suivre sera exactement la même pour le cylindre B; mais dans l'appareil C, si l'on veut faire un séchage complet, la fin de l'opération sera modifiée comme suit :

Quand le manomètre du récipient C sera revenu à zéro, on fermera les robinets G ' et H'' et l'on ouvrira la trompe I (fig. 1 et 2) et le robinet R; la dépression se fera rapidement dans l'autoclave C; on maintiendra cette dépression pendant environ trois quarts d'heure, puis on fermera la trompe I et le robinet R et l'on ouvrira le robinet G ' de manière à laisser entrer de l'air stérilisé pour rétablir la pression normale.

Quand le manomètre sera revenu à zéro, on pourra ouvrir l'autoclave C et retirer les pansements : la dessiccation ainsi obtenue est parfaitement suffisante.

Il est important de remarquer qu'avec cet appareil la stérilisation s'obtient *par circulation de vapeur sous pression :* on est exacte-

ment dans les mêmes conditions qu'avec les étuves à désinfection à vapeur fluente, les seules reconnues efficaces aujourd'hui. Il faut absolument condamner les appareils où la vapeur n'est portée qu'à la température de 100°, car cette vapeur ne circule pas, elle ne pénètre pas et un très grand nombre de micro-organismes peuvent résister à son action.

Boîtes à eau servant à la stérilisation de l'eau, puis à son transfert jusqu'au lieu d'emploi.

Ce sont des récipients cylindriques (contenant environ quatre litres) (fig. 3) que l'on remplit d'eau et que l'on stérilise dans l'autoclave par un séjour d'au moins une demi-heure dans la vapeur portée de 120° à 125°.

Mode d'emploi.

Fermer le robinet *a* en rentrant le jet dans la boîte jusqu'à sa butée; dévisser le bouchon central *b*, remplir d'eau la boîte, revisser le bouchon et ouvrir le robinet d'entrée d'air *c* au-dessous de la lettre *o*.

Placer la boîte dans l'autoclave et faire la stérilisation; quand l'opération est terminée, retirer la boîte en ayant soin de pousser la manette *c* sur la lettre *f*, de manière à fermer le robinet d'air; remplir la chambre *d* avec de l'ouate flambée.

Au moment de l'emploi, ramener la manette sur *o* et sortir le jet; le robinet est ainsi ouvert et l'eau s'écoule.

Dr Alfred Walravens (Bruxelles). — **Un nouveau pelvi-support.**

Dans l'application d'un bandage plâtré ou autre, avoir sous la main un bon pelvi-support est un des meilleurs garants de bonne réussite. Que d'appareils mal faits atteignent le but diamétralement opposé à celui que l'on se proposait! Cette imperfection est due surtout à l'insuffisance du soutien placé sous le sacrum. Un pelvi-support adapté à son emploi doit réunir plusieurs qualités :

D'abord il doit pouvoir être solidement fixé à la table sur laquelle on opère;

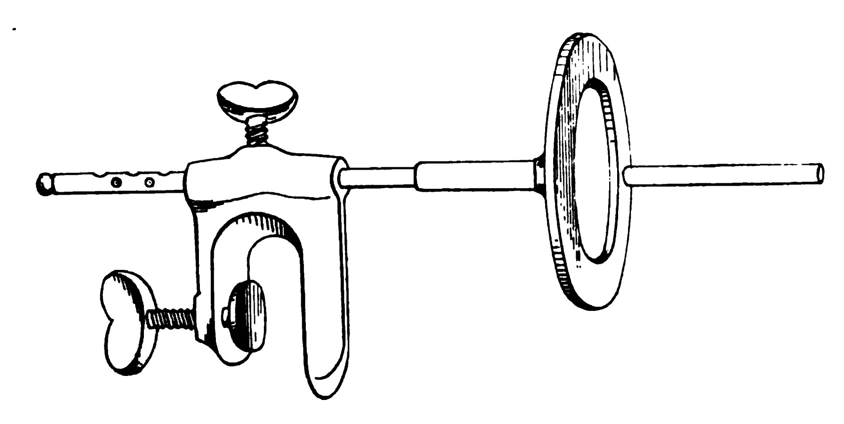
Il doit offrir au côté sain et, le cas échéant, à tout le sacrum un appui large et facile;

Il doit permettre de prendre un point d'appui sur le périnée pour exercer sur le membre les tractions nécessaires pour lui donner la position désirée;

Il doit être peu encombrant et ne pas gêner l'opérateur dans l'application du bandage.

Les pelvi-supports employés jusqu'à maintenant avaient atteint plus ou moins ce but, mais certains étaient encombrants; il en fallait un pour chaque cuisse, d'autres étaient incomplets, ou bien encore n'offraient pas de point d'appui au périnée ou de base de soutien assez large à la partie qui devait y reposer.

Le pelvi-support que je présente à la Société présente non seulement les avantages énumérés, mais encore celui de pouvoir être employé à volonté de chaque côté ou des deux côtés à la fois.



C'est une modification de ceux employés à Middelkerke à l'hôpital maritime, due primitivement à un mécanicien de M. Félizet, de Paris. Je l'ai fait améliorer et finir sur mes indications par M. Mohr.

Tel que vous le voyez, ce pelvi-support se compose essentiellement d'une pince très solide, pouvant le fixer étroitement au bord de n'importe quelle table par le moyen d'une vis de pression.

A la partie externe se trouve une glissoire munie en son milieu d'une vis d'arrêt.

Dans la glissoire se meut une tige rigide munie de place en place de petites excavations où vient se placer la vis d'arrêt.

La tige soutient à son extrémité supérieure un cercle d'environ

10 à 12 centimètres de diamètre, qui est fixée solidement sur elle à un endroit de sa circonférence. A l'endroit diamétralement opposé et au-dessus du cercle s'élève une seconde tige plus mince. Cette dernière tige est destinée à venir prendre appui contre le périnée, tandis que la cuisse du membre sain s'appuiera sur le cercle. Il s'ensuit que la tige supérieure doit toujours être placée du côté du membre malade, c'est-à-dire de celui qui ne prend pas appui direct sur le cercle.

La tige principale étant mobile sur la pince fixée à la table, on pourra facilement faire servir le pelvi-support pour chacune des cuisses selon le cas.

Mais quand on voudra mettre un bandage comprenant les deux membres inférieurs, on ne donnera plus à la tige supérieure une position latérale par rapport à la table, mais bien une position perpendiculaire à celle-ci; les deux cuisses s'appuieront alors également sur le pelvi-support ou plutôt le sacrum s'y appuiera tout entier.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. Potvin. — Messieurs, je vous présente, au nom de M. le Dr *Rouffart*, un kyste de l'ovaire remarquable par les dimensions qu'il avait acquises. Ce kyste renfermait plus de 35 litres de liquide, quantité qui a été recueillie; il était formé d'un grand nombre de loges, les unes contenant un liquide jaune citrin, les autres un liquide blanchâtre épais, mucoïde, de densité très grande, s'écoulant avec difficulté. Cette tumeur vidée pèse encore 22 livres. On peut donc évaluer son poids à 50 kilogrammes. La matrice, très augmentée de volume, présentait des végétations dans le col. Il existait en outre une hernie de la ligne blanche que la malade fait remonter à une quinzaine d'années. Le fait n'a rien d'étonnant si l'on songe que cette femme a eu quinze grossesses. La cure de cette hernie n'a pu être pratiquée par suite d'adhérences trop fortes et trop nombreuses des intestins à la paroi abdominale. La malade, âgée de 59 ans, d'une taille moyenne, pesait 120 kilogrammes, et le ventre au point le plus saillant de la tumeur mesurait 1m,70.

On ne relève rien de bien particulier dans l'histoire de ce cas. Cette femme ne fait remonter le développement de son ventre qu'à deux ans, et encore cette augmentation de volume était peu marquée et attribuée plutôt à la hernie. La tumeur n'aurait grossi démesurément que depuis ces trois derniers mois. Des douleurs et des hémorragies se sont montrées il y a un an environ, et ces pertes de sang ont persisté jusqu'au jour de l'intervention. La malade est guérie et n'a présenté qu'une légère élévation de température les deux jours qui ont suivi l'opération, élévation due très probablement à la résorption d'une certaine quantité de liquide kystique qui s'était écoulée dans le ventre au cours de l'opération.

QUESTION A L'ORDRE DU JOUR

M. Hannecart. — Je propose de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance cette question :

De l'utilité de la radiographie pour établir le diagnostic de certaines affections chirurgicales du rein.

NÉCROLOGIE.

Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de M. EUGÈNE BOECKEL, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien à l'hôpital civil de Strasbourg. Bœckel avait 69 ans. Il était universellement connu et estimé. Depuis la fondation de la Société Belge de Chirurgie, il était des nôtres, à titre de membre honoraire.

Le Secrétaire,
H. VERNEUIL.

Bruxelles. — Imprimerie HAYEZ, rue de Louvain, 112.



Remy LAVISÉ

Séance du 17 mars 1900.

Présidence de M. le Dr L. BLONDEZ.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Des lettres de MM. V. Dubois et Rochet donnant leur démission de membres titulaires de la Société.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE.

M. Depage présente, au nom de M. Leclercq-Dandoy, un travail intitulé : *Nouveau procédé de drainage vésical après la taille sus-pubienne.*

M. J. Verhoogen est nommé rapporteur.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Depage. — A propos du cas de sarcome pour lequel j'ai été amené à pratiquer la désarticulation de la cuisse, je tiens à faire remarquer que j'ai cité un cas exceptionnel d'envahissement des ganglions par le sarcome. Je n'ai pas prétendu avoir rencontré une fois seulement un fait semblable.

6

M. Lorthioir. — Le procès-verbal contient aussi une inexactitude en ce qui me concerne. Lorsque j'étais adjoint dans le service de M. Charon, celui-ci a pratiqué des désarticulations de la cuisse suivant un procédé que j'avais déjà employé antérieurement et dont je lui avais parlé. Mais ce n'est pas moi qui ai opéré, ainsi que cela est écrit dans le *Bulletin*.

Sauf ces deux points, la rédaction du procès-verbal de la dernière séance est adoptée.

DISCUSSION.

A propos d'un cas de diverticule pharyngo-œsophagien.
(M. DEPAGE.)

M. Verneuil. — En terminant son intéressant travail, M. Depage signale différents moyens proposés pour obtenir une union complète de la plaie œsophagienne après l'ablation d'un diverticule de l'œsophage : notamment celui proposé par Kocher, la diète absolue imposée au malade pendant les premiers jours qui suivent l'opération; celui employé par Witzel, à l'exemple de Koënig, la gastrostomie pratiquée deux ou trois semaines avant l'excision du diverticule. Je suis de l'avis de M. Depage quand il se déclare adversaire de ces deux façons de procéder. La gastrostomie — encore qu'elle soit d'une bénignité relative aujourd'hui — est une manœuvre préliminaire hors de proportion avec l'opération principale, et elle ne met pas à l'abri de l'infection de la plaie œsophagienne. La diète pas davantage, et elle expose à des dangers sur lesquels il est inutile d'insister chez des gens déjà fort affaiblis. Si M. Depage avait laissé sa malade à la diète, — il le fait remarquer très justement, — il l'aurait perdue. Je crois d'ailleurs qu'une infection plus ou moins grave de la plaie et une désunion plus ou moins prononcée doivent être bien difficiles à éviter. Mais les choses ne doivent pas aller fatalement jusqu'à la désunion complète et à la fistule, et peut-être bien que si M. Depage n'avait pas fait usage de soie, il n'eût pas eu d'accidents de suppuration. A mon avis, si l'on croit avoir une raison quelconque d'employer ce moyen d'union, on ne doit le faire dans tous les cas que là où l'on peut être certain de la parfaite asepsie de la plaie.

J'ai eu l'occasion, il y a trois ou quatre ans, de pratiquer une œsophagotomie pour un corps étranger inextirpable par les voies naturelles. J'ai réuni la plaie par deux plans de suture au catgut; je n'ai pas drainé, j'ai alimenté mon malade immédiatement. Aucun accident n'a contrarié la cicatrisation. Je ne prétends pas qu'il en serait toujours ainsi, mais je crois bon de signaler le fait.

M. Depage. — Je suis entièrement d'accord avec M. Verneuil. C'est à des circonstances exceptionnelles que je dois d'avoir employé la soie, et je l'ai regretté plus d'une fois. Cependant j'ajouterai que je n'avais guère d'apaisements sur la qualité du catgut dont j'aurais pu disposer, et qu'il ne faut pas oublier non plus que les sutures au catgut ont aussi donné des accidents. Malgré tout, si j'avais encore à intervenir sur l'œsophage dans des conditions analogues à celles dont j'ai donné la relation, j'emploierais le catgut. On s'en sert d'ailleurs dans les opérations que l'on pratique sur l'estomac et l'intestin, et je ne pense pas que l'on ait eu à déplorer des accidents de ce chef.

M. Charon. — Je n'oserais jamais me fier au catgut pour une opération pratiquée sur l'estomac ; la résorption de ce fil est trop rapide.

M. Gallet. — Dans plus de quarante opérations (gastro-entérostomies, gastrectomies, pylorectomies), je n'ai employé que du catgut. Jamais je n'en ai vu résulter le moindre inconvénient.

M. Verneuil. — Je crois que la question est jugée d'ailleurs. Bien des chirurgiens emploient encore la soie dans la chirurgie gastro-intestinale, mais par habitude simplement. Opposent-ils vraiment de bonnes raisons à l'emploi du catgut?

M. Depage. — Dans tous les cas, la question n'est pas jugée. Si, en Belgique, presque tous nous nous déclarons partisans du catgut, ce lien rencontre encore à l'étranger d'irréductibles adversaires, à la suite d'accidents sans doute. Personnellement, je suis convaincu que ces accidents sont dus à la mauvaise qualité du catgut. Celui du commerce ne vaut rien ni comme solidité ni comme stérilisation.

COMMUNICATIONS.

Dr Gallet (Bruxelles). — **Fracture transversale de la cupule du radius et de l'apophyse coronoïde. Présentation de malade.**

Les fractures transversales de la cupule du radius sont rares. En voici un cas typique. Comme vous le démontre la pièce anatomo-pathologique, la cupule a été fracturée nettement; un bon tiers en a été détaché au moment de l'accident.

Voici d'ailleurs l'observation de ce malade.

W..., Louis, 20 ans, manœuvre, fait, le 21 décembre 1899, une chute d'une échelle et tombe sur les genoux et l'avant-bras gauche.

Au moment où nous l'examinons, c'est-à-dire plus d'un mois après l'accident, nous constatons que l'avant-bras gauche est en extension complète et que les mouvements de flexion, de pronation et de suppination sont des plus limités. Le coude est tuméfié; la cupule du radius proémine légèrement.

La radiographie ne nous donne, au point de vue de la lésion du radius, aucun renseignement; elle permet d'affirmer qu'il y a semi-luxation du radius en dehors.

Nous ne posons pas de diagnostic fixe, mais nous croyons à une fracture de l'apophyse coronoïde; cette apophyse détachée, impossible à déceler vu le gonflement du coude, mettrait obstacle aux mouvements de flexion de l'avant-bras.

En raison de ces symptômes, nous intervenons le 23 février. Incision à la partie externe du coude. Nous trouvons le radius semi-luxé en dehors. La cupule du radius est nettement fracturée transversalement, de telle façon que le tiers interne de cette cupule se trouve détaché et projeté dans l'articulation. En même temps l'apophyse coronoïde a été fracturée à sa base; elle forme avec la portion du radius détachée un véritable cal interposé en avant de la trochlée.

Il est impossible d'enlever cette masse osseuse sans sacrifier la cupule radiale tout entière. Nous la réséquons. L'articulation est alors complètement débarrassée; on constate que les mouvements de flexion, de suppination et de pronation sont possibles. Nous terminons en fléchissant l'avant-bras sur le bras, en bonne position.

Rien à signaler comme suites opératoires.

Dix jours après l'intervention, on commence le massage et les mouvements.

Comme vous pouvez le constater, le bon résultat du traitement est déjà appréciable dès à présent.

Dr Gallet (Bruxelles). — **Un cas d'abcès du cerveau.**

Le nommé Léopold P..., mineur, 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Jean le 26 janvier 1900.

Le 20 novembre 1899, cet homme s'est tiré un coup de revolver dans la tête; l'orifice d'entrée de la balle se trouve à 2 centimètres directement en arrière de l'apophyse orbitaire externe du frontal.

Au moment du traumatisme, le malade a perdu connaissance et est resté dans le coma pendant plusieurs jours. Quand il en est sorti, il s'est parfaitement rappelé les péripéties de la scène qui avait précédé le trauma. Les médecins (MM. les Drs De Haye et Lecomte de Courcelles) appelés au moment de cet accident ont constaté qu'il y avait issue de matière cérébrale. Le blessé s'est rétabli dans des conditions telles, qu'il a pu venir à Bruxelles se faire radiographier le 11 janvier. Le 20 du même mois, il commence à se plaindre de céphalalgie violente; il présente des contractions cloniques du masseter et du frontal droits, il a des vomissements bilieux; son pouls est inégal, à 104; sa température est à 38°,6 le matin. Le trajet de la balle suppure; l'orifice reste béant. Le sujet accuse des fourmillements dans le bras et la jambe *droits*. Obnubilation intellectuelle passagère. Œdème de la joue. Impossibilité d'écarter les mâchoires et déviation du maxillaire inférieur à droite dans l'effort pour ouvrir la bouche.

D'après les points de repère que donne la radiographie, la balle doit se trouver à environ 4 centimètres de la peau, dans la fosse ptérygo-maxillaire, c'est-à-dire non loin de l'aile du sphénoïde à droite. Ces indications ne peuvent être considérées que comme approximatives, vu l'indocilité du malade (Dr Maffeï).

Voici la radiographie : on y découvre parfaitement la balle.

Au moment où nous examinons le malade, à l'hôpital (27 janvier), le trajet de la balle est en voie de cicatrisation. Le malade a l'air hébété; sur sa face, principalement à gauche s'étalent de larges plaques d'herpès; ses digestions sont mauvaises; il baille souvent;

il y a incontinence des matières fécales et d'urine; le pouls est bon, régulier, à 100; il existe de la cyanose des extrémités; céphalalgie frontale et occipitale violente; le malade répond avec une certaine lenteur aux questions qu'on lui pose, mais répond bien.

L'examen du fond de l'œil a été pratiqué à diverses reprises par M. le Dr Deridder et n'a donné aucune indication. La température est à 38°.

Diagnostic : abcès du cerveau.

Le retentissement de cet abcès sur les zones psycho-motrices bien connues n'est pas assez net pour nous permettre d'établir un diagnostic de localisation. L'indication d'intervenir est formelle : il faut évacuer ce pus.

Craniectomie le 2 février. Trépanations à l'aide de la fraise et section du lambeau osseux à l'aide de la scie de Gigli. Incision semi-circulaire de la dure-mère, qui met à nu le lobe frontal droit. Ce lobe est relevé et un gros abcès est ouvert à sa partie inférieure.

Exploration de la partie droite de l'étage supérieur et d'une partie de l'étage moyen. On ne découvre pas trace de la balle.

L'abcès est drainé à la gaze.

Le lambeau ostéo-cutané est remis en place.

Suites. — Il a semblé que l'issue de cette quantité relativement considérable de pus et le drainage n'apportaient aucune modification sensible dans l'état du malade.

Les contractures ont persisté, principalement dans le membre supérieur droit.

Les phénomènes psychiques n'ont pas changé.

Le pouls est resté régulier de 110 à 120.

L'incontinence des matières fécales et de l'urine a persisté.

La température n'a pas dépassé 38°,5, sinon le 6 février, au matin, où elle a atteint 39°,4.

Le 11 février, il y avait du trismus et un léger opisthotonos; le malade répondait encore parfaitement aux questions qu'on lui posait.

Mort le 15 février.

L'autopsie nous a révélé ce qui suit :

Poumons : ils sont congestionnés et œdématiés; fortement pigmentés d'anthracose. Il existe un peu d'épaississement des bronches.

Cœur : 285 grammes. Mesure 9 ½ × 11 × 5. Le péricarde renferme un peu de liquide citrin. Les orifices et les valvules ne présentent pas d'altération. Orifice pulmonaire : 7 ½ centimètres. Orifice aortique : 7 centimètres.

Foie : 1,735 grammes. Parenchyme fortement congestionné et œdématié; sans altérations.

Rate : 175 grammes. Capsule grisâtre. Parenchyme très ferme, sans altérations.

Rein droit : 180 grammes. 11 × 5 1/2 × 3.

Rein gauche : 185 grammes. 11 1/2 × 6 × 3 1/2.

Ils se décortiquent bien. La surface décortiquée est lisse. Le parenchyme est congestionné, en voie de décomposition.

Cerveau : les veines de la convexité sont gorgées de sang noir; la pie-mère a conservé sa transparence. La dure-mère est adhérente, surtout à la face externe du lobe frontal gauche et dans toute l'étendue du lobe frontal droit. La pie-mère est recouverte d'exsudat fibrino-purulent dans un espace compris entre le collet du bulbe en arrière, le chiasma des nerfs optiques en avant et la partie moyenne des lobes cérébelleux en dehors.

Les artères de l'hexagone de Willis sont souples.

Le cerveau est volumineux, mais asymétrique, le lobe occipital gauche étant plus développé que le droit.

Des deux côtés, à 1 centimètre en avant du bulbe olfactif, existe un foyer de désintégration peu profond, large d'environ 2 centimètres; en dehors de ces foyers et des deux côtés encore, vers la partie moyenne de la face inférieure de chaque lobe frontal, existe un foyer de destruction cérébrale, ayant en surface l'étendue d'une pièce de 2 francs, profond et en communication avec le prolongement frontal du ventricule latéral. On y trouve, à gauche, une quantité notable de substance putrilagineuse, jaunâtre, ressemblant à du pus, mêlée à la substance cérébrale désagrégée.

Le corps calleux est intact. Il n'y a pas d'altérations apparentes des ganglions de la base.

On constate une fracture de l'extrémité externe de la petite aile droite du sphénoïde.

La recherche de la balle ne peut pas être faite, le cadavre étant réclamé.

M. Vanderlinden. — Ce cas est très intéressant et me paraît réaliser ce qui a été décrit sur les lésions par contre-coup. Comme on le sait, les traumatismes crâniens peuvent déterminer non seulement une contusion cérébrale au point d'application de l'agent traumatique, mais encore une véritable attrition encéphalique au pôle opposé. C'est la lésion par contre-coup. J'ai observé un exemple remarquable de ce genre que j'aurai l'honneur de présenter

bientôt à la Société. Ces lésions par contre-coup s'expliquent par l'élasticité différente de la boîte cranienne et de son contenu encéphalique.

On remarquera dans le cas de M. Gallet que l'abcès situé dans le lobe gauche est absolument symétrique de celui du lobe droit. Les troubles du côté droit, observés durant la vie, plaident évidemment en faveur d'une lésion par contre-coup produite au moment de l'accident.

M. Depage. — L'examen du fond de l'œil avait-il été fait ici? J'ai observé récemment un cas dans lequel on était intervenu déjà deux fois pour des abcès cérébraux. L'examen de la papille nous a démontré qu'il en existait d'autres encore.

Relativement aux réflexions que le cas de M. Gallet a suggérées à M. Vanderlinden, je crois que notre collègue fait erreur. Les phénomènes très intéressants de contusion étudiés par Tilman et par Kocher paraissent bien réels, mais ces phénomènes ne se produisent que si la boîte cranienne est intacte; ce qui n'est pas le cas dans l'observation qui vient d'être relatée. L'étiologie de l'abcès situé dans le lobe droit reste obscure. D'ailleurs, nous ne sommes pas fixés sur le trajet suivi par le projectile.

M. Gallet. — L'examen du fond de l'œil a été fait trois fois chez le malade. Nous n'en avons jamais tiré aucun renseignement.

Je suis d'accord avec M. Depage au sujet de l'hypothèse émise par M. Vanderlinden, et je ne pense pas qu'elle soit applicable à notre cas; mais admettons qu'elle le soit : cela n'expliquerait pas encore pourquoi il s'est produit un abcès dans le lobe droit. Il faut, pour que pareil accident survienne, que l'infection entre en jeu; la contusion n'explique donc rien.

M. Vanderlinden. — C'est certainement à l'infection qu'il faut attribuer l'éclosion des accidents de suppuration dans le cas présent. La localisation à gauche, de l'infection, était d'ailleurs favorisée ici par l'attrition, la destruction cérébrale. Il existait en cet endroit un *locus minoris resistentiæ.*

M. Willems. — C'est là une simple supposition. L'infection à elle seule peut tout expliquer; l'autopsie a-t-elle été faite complètement, et n'y avait-il rien du côté d'autres organes susceptible d'expliquer la présence d'abcès multiples dans le cerveau?

M. Gallet. — L'autopsie a été complète et très minutieuse. Elle nous a révélé que le projectile avait brisé la petite aile droite du sphénoïde. Tous les organes étaient normaux.

M. Blondez. — Je propose de remettre cette discussion à la prochaine séance.

Drs Charon et Vervaeck (Bruxelles). — **Obstruction intestinale par arrêt de développement de tout le gros intestin, avec ampoule de l'iléon, chez une enfant de 5 jours.**

La nommée Marguerite M..., née le dimanche 21 janvier 1900, à Saint-Gilles, est amenée à l'hôpital Saint-Pierre le 26 janvier, dans mon service, présentant les phénomènes de l'occlusion intestinale. L'enfant a le facies grippé; les traits sont tirés; le ventre est ballonné; le pouls est misérable; elle vomit du méconium ainsi que le lait qu'on lui a fait ingurgiter avant son entrée; elle n'a pas eu de selles depuis sa naissance, malgré des lavements réitérés qui étaient immédiatement rejetés, non teintés par le méconium. L'anus offre une conformation normale; une petite sonde molle y pénètre aisément à une profondeur de 10 centimètres environ; en y introduisant profondément le petit doigt, on ne percevait pas de trace d'ampoule rectale; les ischions étaient très rapprochés; un cathéter enfoncé dans la vessie faisait superficiellement saillie vers le périnée. L'état grave de cette enfant me décide à tenter immédiatement chez elle une opération comme dernière ressource pour tâcher de prévenir une mort imminente. Dans les conditions qu'elle présentait, je pouvais avoir affaire à une obstruction intestinale par oblitération de l'iléon ou du gros intestin, par un volvulus (cette hypothèse ne devait pas être rejetée, vu la profondeur à laquelle s'enfonçait la sonde molle introduite par l'anus, ce qui n'a pas lieu quand l'anomalie dépend de l'absence du rectum) ou par un arrêt du développement du côlon descendant. Je pratiquai la laparotomie à gauche de l'ombilic, décidé à établir un anus anormal, en cas d'oblitération; à faire la réduction en cas de volvulus; enfin, si j'avais rencontré une ampoule terminale à une distance plus ou moins considérable de l'anus, je me serais proposé de recourir à l'opération de Macleod, de Shanghaï, qui a réussi à Chalot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

Ce fut la dernière de ces anomalies qui se présenta; à peine le ventre ouvert, je tombai sur une ampoule intestinale dépourvue de mésentère, vaguant dans la cavité abdominale, et que je crus être la terminaison du gros intestin, attendu que cette malformation a souvent été observée dans les cas d'occlusion intestinale qui se présentent immédiatement après la naissance. Une petite incision fut pratiquée sur la paroi latérale de l'ampoule; l'intestin, plongé dans un vaisseau rempli d'eau boriquée tiède, fut vidé du méconium, de façon à préserver les anses voisines de toute contamination; cette incision fut immédiatement fermée par trois sutures de Lembert; l'extrémité de l'ampoule fut traversée par un fil de soie; les deux côtés de l'anus furent avivés et une longue pince de Péan fut enfoncée dans l'orifice anal; elle servit de guide pour faire une incision du péritoine par le petit bassin; l'ampoule fut amenée à l'aide du fil de soie, saisi dans les mors de la pince vers le périnée; elle fut ouverte et son orifice fut fixé aux parois avivées de l'anus par quatre fils d'argent et par quatre crins de Florence. Les intestins furent rentrés dans le ventre, et l'on pratiqua une suture à trois étages de la paroi abdominale.

Après l'opération, l'enfant évacua du méconium par l'anus; elle survécut jusqu'au 28 janvier, au soir, à 5 heures, et succomba dans un accès d'éclampsie, cinquante-cinq heures après notre intervention, vomissant, vers la fin, de temps en temps encore, du méconium moins foncé que lors de son entrée, mélangé au lait coupé et stérilisé qu'on lui faisait prendre au biberon Soxhlet.

L'autopsie nous a révélé chez cette enfant une anomalie intestinale des plus rares et telle que nous ne croyons pas que l'on en ait relaté un seul cas dans la science.

Voici le protocole de cette autopsie relevé par M. le Dr Vervaeck, adjoint du service nécropsique à l'hôpital Saint-Pierre :

Taille : 48 centimètres; la distance du crâne au pubis mesure 32 centimètres.

Poids : 2,800 grammes.

La rigidité cadavérique est en voie de disparition; les lividités sont généralisées; la tache verte de l'abdomen est très accusée; le système musculaire est peu développé; le squelette, de conformation normale, manque de dureté; les os sont petits, peu épais; les apophyses rudimentaires. On ne dénote pas de lésions de rachitisme ni d'anomalies de conformation.

A l'ouverture de la poitrine, on constate que les cavités pleurales et péricardique ne renferment pas de sérosité. Le poumon droit

pèse 30 grammes; il n'a pas contracté d'adhérences avec la paroi thoracique; le parenchyme pulmonaire des lobes supérieur et moyen est emphysémateux, anémié et œdématié; au lobe inférieur, il offre un certain degré de congestion hypostatique.

Le poumon gauche, dont le poids est de 25 grammes, présente le même aspect. Le cœur pèse 19 grammes; il est en diastole, sans surcharge graisseuse; le péricarde est sain; le myocarde est brunâtre, d'épaisseur moyenne; l'endocarde et les valvules n'offrent pas d'altération; le trou de Botal persiste. Le foie pèse 120 grammes; la rate, 9 grammes; les reins, 10 et 12 grammes. Les viscères abdominaux occupent leur position normale et ne présentent aucune anomalie ou lésion. A l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales apparaissent ballonnées, unies entre elles par un exsudat fibrineux, peu abondant, non organisé; les sutures intestinales de l'anus artificiel ont très bien tenu; la cavité abdominale ne renferme pas de matières fécales, mais un peu de sérosité jaune rougeâtre; les ganglions mésentériques ne sont pas engorgés.

L'enlèvement méthodique des intestins permet de découvrir que tout le gros intestin est réduit à un canal tubuleux, de coloration d'un gris rosé, *clos à ses deux extrémités*, couché dans un repli mésentérique, en dessous et en arrière de l'estomac et du foie. L'estomac ne renferme que du mucus; sa muqueuse est plissée, saine.

L'intestin grêle est ballonné, contient peu de matières fécales jaunâtres, liquides; sa muqueuse n'offre pas d'ulcération; en déroulant ses anses, on constate que son extrémité inférieure ampulliforme constitue l'anus artificiel. L'intestin grêle mesure $1^m,38$ (en moyenne : 3 mètres à $3^m,50$).

L'ensemble du gros intestin mesure 36 centimètres; il se présente sous forme d'un canal tubuleux, sans bosselures, à lumière étroite; sa consistance et ses caractères rappellent ceux de l'uretère; sa circonférence, égale partout, mesure 9 millimètres; le diamètre, 4 millimètres; à la section, on constate que la surface interne du tube est identique d'aspect à celle de la muqueuse intestinale normale, recouverte d'un peu de mucus. L'extrémité supérieure du gros intestin est située en dessous du foie; à la hauteur du rein droit, le tube se coude rapidement et occupe transversalement toute la largeur de la cavité abdominale (11 centimètres), puis se dirige vers le bas, en ligne droite, jusqu'à l'os iliaque; à ce niveau, il oblique en dedans pour se terminer en arrière et à gauche de la matrice.

La branche montante droite du gros intestin mesure 5 centimètres; la branche transverse, 11 centimètres; la branche descendante gauche, qui n'offre pas les sinuosités du côlon iliaque, mesure 13 centimètres; la portion du gros intestin contenue dans le petit bassin mesure 7 centimètres.

L'extrémité terminale du gros intestin est légèrement dilatée et adhère par sa face latérale à l'utérus. L'extrémité droite ou origine présente à sa face antéro-interne un appendice vermiforme, en forme de vrille, de 65 millimètres de longueur et dont les dimensions représentent environ la moitié de celle du cylindre intestinal. Immédiatement au-dessus de l'appendice se trouve un bourgeon conique de 18 millimètres de hauteur, terminé par un sommet lisse, arrondi, et dont la cavité est en communication avec celle du gros intestin.

La valvule iléo-cæcale paraît manquer; le mésocæcum et le mésocôlon existent à l'état rudimentaire; la dissection ne permet pas de constater d'anomalies dans la vascularisation très apparente du gros intestin.

Il n'existe aucune bride péritonéale ou mésentérique au voisinage de l'origine intestinale. En somme, le gros intestin est composé de l'appendice, d'un cæcum (son existence est établie par le fait que le bourgeon conique qui représente l'intestin grêle est situé à 13 millimètres de l'extrémité droite du gros intestin), des côlons ascendant, transverse, descendant et du rectum, l'S iliaque manque.

Les centres nerveux n'offrent aucune lésion; les méninges sont saines; pas d'hydrocéphalie.

Cette autopsie, dont le protocole nous a été fourni par M. le Dr Vervaeck, présente surtout d'intéressant cet arrêt de l'intestin, au niveau de l'extrémité inférieure de l'iléon qui se terminait par une ampoule close, tandis que, d'un cæcum rudimentaire naissaient deux appendices dont l'un était l'appendice véritable et l'autre, plus court, était le commencement de l'iléon terminé aussi par une extrémité close, non perméable au plus étroit stylet.

A quelle circonstance rapporterons-nous cette séparation qui s'est produite *in utero*, au niveau de la terminaison de l'iléon, à 18 millimètres de distance du cæcum, entre les deux portions principales du tube digestif : le gros intestin et l'intestin grêle, de manière qu'en cas de survie, cette enfant n'aurait jamais eu qu'un gros intestin rudimentaire, sans communication avec l'intestin grêle? Nous ne nous livrerons pas à de vaines hypothèses sur la

pathogénie de cet arrêt de développement. Peut-être pourrions-nous, en consultant Sappey, émettre toutefois une conjecture sur l'époque de la vie embryonnaire à laquelle eut lieu cette scission ; ce fut probablement au moment de l'union de l'iléon avec le canal vitello-intestinal.

« La portion de l'intestin qui fait suite à l'estomac reste appli-
» quée contre le rachis; elle forme le duodénum. Plus bas, l'intes-
» tin s'écarte de la paroi abdominale postérieure pour se porter
» vers le conduit vitellin dans lequel il pénètre, se replie ensuite
» en s'appliquant à lui-même, en formant ainsi une anse à con-
» vexité antérieure; c'est sur le sommet de cette anse que vient
» s'ouvrir le conduit de la vésicule ombilicale. Des deux moitiés de
» l'anse, la première ou supérieure produit en s'allongeant le
» jéjunum et l'iléum; la seconde ou inférieure sera l'origine du
» gros intestin. Un peu plus tard, la partie antérieure de cette
» seconde branche se dilate et constitue le cæcum; les parties
» suivantes donnent naissance au côlon ascendant, d'abord extrê-
» mement court, au côlon transverse, au côlon descendant et à la
» partie supérieure du rectum (1). »

C'est vers le sommet de l'anse intestinale. dont parle Sappey, qu'eut lieu probablement, dans notre cas, la scission entre l'intestin grêle et le gros intestin, aux premiers temps de la vie intra-utérine.

Je le répète, un cas semblable à celui que je viens de décrire n'est rapporté dans aucun ouvrage de pédiatrie, n'a jamais, à ma connaissance, été observé.

On a rencontré souvent l'absence de tout le rectum. Kirmisson (2) cite un cas dans lequel tout le rectum et l'S iliaque faisaient défaut; le gros intestin se terminait dans la fosse iliaque gauche; l'uretère droit présentait une ampliation considérable et décrivait de nombreuses sinuosités; il se terminait supérieurement dans une poche anfractueuse, qui n'était autre que le rein lui-même, ayant subi la transformation kystique. En 1874 (3), j'ai décrit le cas d'un enfant nouveau-né chez lequel l'anus était normal. En enlevant la paroi antérieure de l'abdomen, on était frappé de l'exces-

---

(1) SAPPEY, *Embryologie*, 1879, t. IV, p. 883.

(2) *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, par L. KIRMISSON, 1899, p. 402, Paris, Masson.

(3) Voir *Contribution à la pathogénie de l'enfance*. Bruxelles, Manceaux, édit. de 1881, p. 156.

sive dilatation que présentait le gros intestin rempli de gaz et de méconium; cet organe était seul visible et décrivait un trajet tout à fait anormal; plus dilaté que le cæcum, d'où il partait à droite, il se dirigeait obliquement de bas en haut, vers la partie supérieure de l'abdomen, du côté gauche où il se terminait brusquement en une grosse ampoule pyriforme; il recouvrait ainsi l'estomac et l'intestin grêle, aplatis et ramassés contre la paroi postérieure de l'abdomen.

L'extrémité de l'ampoule était reliée à l'apophyse montante gauche du pubis par un cordon fibreux; nous le voyions constitué par les deux feuillets antérieur et postérieur du péritoine qui s'étaient adossés, après avoir complètement recouvert cette ampoule, qui terminait le tube digestif Ce cordon fibreux fut disséqué et suivi dans son trajet; il passait entre les deux uretères, adhérait à la face postérieure de la vessie, se portant davantage du côté gauche, pour se terminer sous la symphyse du pubis. Il y avait donc. dans ce cas, absence complète de rectum et de l'S iliaque, tandis que l'orifice anal existait sans anomalie. Le voile membraneux qui avait été percé du vivant de l'enfant était le releveur de l'anus, qui forme le plancher du bassin. L'anus était terminé par un sphincter normalement constitué et qui agissait avec une très grande puissance pour s'opposer à l'introduction du doigt et pour expulser les lavements qui furent administrés; le cul-de-sac anal était lisse et tapissé par une muqueuse.

On peut rencontrer encore d'autres anomalies congénitales du côté du gros intestin ou de l'iléon, principalement des oblitérations; Sulton en a observé trois cas, deux à la dissection d'enfants nouveau-nés, et le troisième qu'il a diagnostiqué pendant la vie. Un enfant de 8 heures avait des signes d'occlusion intestinale (1); en ouvrant l'abdomen, il trouva que sur une étendue de 5 centimètres, l'iléon était remplacé par un étroit cordon. Les deux bouts de l'intestin furent réunis, mais l'enfant mourut au bout de six heures.

L'oblitération peut siéger aussi, dit Kirmisson, sur l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. Carini trouva chez une petite fille de 4 jours que l'intestin grêle se terminait en cul-de-sac; il y avait absence totale de valvule iléo-cæcale et oblitération de la partie supérieure du rectum. M. Depaul a communiqué à l'Académie de médecine deux cas d'obstruction congénitale de la partie inférieure

---

(1) KIRMISSON, *loco citato*, p. 414.

de l'intestin grêle; l'anus et le rectum étaient normaux. L'oblitération peut aussi siéger sur le trajet du gros intestin.

Tischendorf opéra un enfant de 5 jours qui portait une atrésie de l'iléon, siégeant à 25 centimètres de la valvule iléo-cæcale; il pratiqua l'anus artificiel; l'enfant succomba trois semaines après l'opération.

Dans tous ces cas empruntés surtout à l'ouvrage de Kirmisson, on ne voit pas, comme dans le nôtre, le gros intestin terminé d'une part par l'ampoule cæcale, muni de deux appendices et venant adhérer inférieurement par sa face latérale à l'utérus, tandis que l'intestin grêle se terminait par une ampoule vaguant dans la cavité abdominale.

En terminant, je dirai un mot du traitement dans un cas semblable. La déontologie médicale impose au praticien l'obligation de prolonger l'existence du patient, dans les cas même les plus désespérés. Il ne faut donc pas hésiter à intervenir, alors que l'on aurait la certitude d'être en présence d'un arrêt de développement d'une grande portion de l'intestin.

Nous ne saurions décider si la survie aurait été possible chez notre sujet, privé des fonctions de tout le gros intestin. Des expériences sur des animaux ont-elles été entreprises qui pourraient élucider cette question? Je l'ignore. Dans le gros intestin, il y a peu d'absorption, encore que chez l'enfant, des sels, les peptones y sont absorbés en petite quantité.

Lorsqu'on pratique l'opération de Littre, il est considéré comme une faute, comme un échec opératoire de faire l'ouverture de l'intestin grêle au lieu de celle du côlon; même, pour mieux éviter l'erreur, tout récemment un chirurgien proposait d'en revenir à l'opération de Callisen qui exposait moins, suivant lui, l'opérateur à commettre cette erreur, mais il est prouvé que la voie lombaire n'est pas plus favorable à la recherche du côlon; dans notre cas actuel, il n'aurait donné qu'un mauvais résultat; l'ampoule aurait échappé aux recherches du chirurgien; l'intestin grêle aurait été ouvert dans un point trop rapproché de l'estomac, pour permettre au patient une longue survie. Par le procédé de Littre, la faute d'ouvrir l'intestin grêle au lieu du gros intestin a souvent été commise; on peut d'autant plus aisément se tromper, qu'en cas d'obstruction congénitale, l'iléon est énormément dilaté par le méconium et son calibre exagéré peut rendre la confusion facile; pour l'éviter, on a insisté sur les petits appendices graisseux, sur les rainures longitudinales qui caractérisent le côlon; mais j'ai

plusieurs fois pratiqué l'opération de Littre. et ces deux particularités ne m'ont pas toujours apparu d'une façon bien distincte chez le nouveau-né. Certains opérateurs plus malheureux ont ouvert l'uretère dilaté, croyant avoir affaire au côlon.

On a conseillé, en cas d'imperforation anale, d'essayer en premier lieu d'aborder l'ampoule rectale par le périnée, de s'aider au besoin de la résection du coccyx et de n'aborder l'opération de Littre ou de Callisen qu'après être certain qu'il n'était pas possible d'arriver à l'intestin en suivant cette voie; cette façon de procéder exposait l'opérateur à perdre son patient par le shock, vu le temps prolongé qu'exigeaient ces deux interventions successives.

On peut, je crois, à l'avenir, adopter avec sécurité la conduite suivante : pratiquer d'emblée l'opération d'Amussat par le périnée, mais si les ischions sont très rapprochés, si l'anus est bien conformé [on a plus de chance, suivant De Saint-Germain, que l'ampoule soit très rapprochée des téguments, si l'anus n'existe pas ou qu'on en trouve seulement un léger stigmate], si de plus le cathéter introduit dans la vessie est facilement senti au niveau du périnée, il ne faut pas s'attarder à rechercher l'intestin par cette voie, mais aborder promptement non pas l'opération de Littre ou de Callisen, mais celle qui fut conseillée pour la première fois par Macleod, qui est d'une exécution plus rapide et qui a de plus cette supériorité qu'elle permet de fixer l'intestin à sa place normale. En cas de survie, l'existence sera moins odieuse pour le patient; il souffrira peut-être d'être privé d'un sphincter anal, d'être tourmenté par l'incontinence des matières fécales, mais il sera moins incommodé que s'il était porteur d'un anus abdominal; il serait plus misérable encore, porteur d'un anus lombaire, car il aurait la plus grande peine à entretenir la propreté de la région, après chaque défécation, sans l'assistance d'un aide.

Notre opéré avait langui cinq jours, vomissant sans cesse le méconium, avant de nous avoir été présenté, et cependant il a survécu cinquante-cinq heures après l'opération; Chalot a guéri son patient après six jours de non-intervention. Cela prouve que le chirurgien qui se familiarisera avec la technique du procédé de Macleod-Hadra, arrivera à sauver le patient et à lui rétablir l'anus dans sa position normale. Dès lors, l'opération de Littre sera heureusement abandonnée; elle a fourni bien des mécomptes, même en cas de survie du sujet. Ayant établi tout récemment un anus abdominal chez un nouveau-né, atteint d'imperforation intestinale, il se produisit, au bout de six semaines, un prolapsus considérable

de la muqueuse du côlon ainsi qu'une vaste ulcération des parois abdominales, par suite du contact incessant des matières fécales; j'eus dès lors la main forcée et dus recourir prématurément à une nouvelle intervention; il fallut disséquer le pourtour de l'anus anormal, aviver la circonférence de l'orifice qui s'était agrandie depuis l'opération, par suite des mouvements péristaltiques du côlon, suturer les bords avivés, puis amener le bout inférieur, terminé par l'ampoule, vers le périnée et l'y fixer; l'enfant succomba au shock opératoire dix heures après toutes ces manœuvres.

En terminant, je conclus que si l'on a diagnostiqué que l'ampoule est très éloignée du périnée, il faut, à l'avenir, répudier les opérations de Littre et de Callisen, aborder la région anale par le procédé d'Amussat, ne pas insister si l'on ne rencontre pas l'ampoule et faire rapidement l'opération de Meaclod, de Shanghaï, pratiquée par Hadra, de Berlin, et qui a réussi à Chalot, en 1886, chez une petite fille âgée de 6 jours.

Cet auteur décrit le procédé qu'il a suivi chez cette enfant, dans la dernière édition de son traité de chirurgie opératoire; il l'a qualifié de sigmoïdostomie périnéale par la voie combinée. (Opération de Macleod-Hadra.)

M. Willems. — Je suis d'accord, en principe, avec M. Charon. Il y a certainement avantage à ne faire l'anus iliaque que lorsqu'il n'y a pas moyen de faire autrement, et à tenter plutôt d'attirer au périnée et d'y fixer l'ampoule qu'on a recherchée par le ventre. Je crains seulement que la chose ne soit pas toujours facile dans le cas notamment où l'attache péritonéale est trop courte. Mais quand elle est possible, elle doit certainement l'emporter sur la côlostomie iliaque; car le malade préférera toujours un anus placé à l'endroit normal, même quand il est plus ou moins incontinent.

Puisque l'occasion s'en présente, je tiens à déclarer que je considère comme défectueux le procédé classique de recherche de l'ampoule rectale par le périnée. L'incision antéro-postérieure ne donne qu'une boutonnière, dont on peut bien écarter les bords, mais dont on ne peut pas diminuer la profondeur. Quand on pratique, au contraire, une incision transversale, convexe en avant, cette incision délimite un véritable lambeau, qu'on peut renverser sur le coccyx, de manière à donner non seulement beaucoup plus de jour que l'incision antéro-postérieure, mais à *extérioriser* en quelque sorte les parties profondes de la région.

Je compte revenir, dans une prochaine séance, sur ce dernier point.

M. Charon. — Je crois qu'il sera bien rare qu'on ne puisse arriver à attirer l'ampoule jusqu'au sphincter. Un cas comme celui que je viens de citer est tout à fait exceptionnel, et cependant j'y suis arrivé facilement.

M. Willems. — Ce cas est aussi d'une facilité exceptionnelle. C'est l'intestin grêle qui fut attiré; son long mésentère devait permettre un déplacement aisé. Mais quand l'intestin se termine au côlon descendant, par exemple, ce qui est beaucoup moins rare, l'abaissement sera bien plus difficile.

Dr Hannecart (Bruxelles). — **Un cas de mort sous le chloroforme.**

Il s'agit d'un nommé D..., Alphonse, âgé de 35 ans, chez lequel on se proposait de faire la cure radicale d'une hernie inguinale. Le patient, qui avait été soigneusement examiné avant l'opération, ne présentait aucun symptôme contre-indiquant l'emploi du chloroforme.

Les phénomènes d'excitation de la première période furent très prononcés; le malade se débattit violemment, et ce n'est qu'au bout de sept à huit minutes que le sommeil apparut. A ce moment, les pupilles étaient largement dilatées, la respiration était régulière, profonde, et la résolution musculaire paraissait complète. Le chloroformisateur suspendit l'administration de l'anesthésique, mais après quelques minutes, des mouvements musculaires se produisirent et rendirent nécessaires de nouvelles inhalations. Alors survinrent de nouveaux spasmes des muscles des bras et du thorax; la face se cyanosa; les yeux, largement ouverts, laissaient voir les pupilles dilatées, et la respiration s'arrêta brusquement. On pratiqua aussitôt la respiration artificielle; le cœur ayant cessé de battre, on appliqua des « pointes de feu » au-devant de la région précordiale; on fit une injection intraveineuse de sérum artificiel, mais tous ces efforts restèrent sans résultat.

D'après moi, les phénomènes qu'a présentés ce malade sont attribuables à la paralysie subite du centre cardiaque : il serait extraordinaire que la respiration artificielle, continuée pendant plus d'une heure, soit restée inefficace en cas de syncope respiratoire. M. Depage, qui assistait à cette opération, avait du reste constaté immédiatement l'arrêt du cœur.

La quantité de chloroforme versée sur le masque par la méthode dite « à dose modérée » a été d'environ 20 grammes, et encore faut-il en soustraire la quantité qui s'est évaporée pendant la période d'excitation, alors que le patient maintenait lui-même le masque écarté de la face.

M. Charon. — J'ai observé récemment un cas de mort rapide par le chloroforme, survenu dans des conditions à peu près semblables. L'autopsie nous révéla l'existence d'une péricardite et d'une symphyse cardiaque. Dans un autre cas, nous trouvâmes également des lésions de péricardite à l'autopsie, et, à mon avis, c'est bien dans les affections du cœur que l'on observe des accidents de cette nature.

M. Depage. — J'ai été témoin de l'accident dont M. Hannecart vient de parler. Le sujet ne présentait aucun symptôme d'affection cardiaque. Personnellement, j'examine le cœur de tous mes opérés, mais non pas, je l'avoue, avec l'idée de reculer devant les dangers imaginaires de l'anesthésie; je n'y crois pas en tant qu'il s'agit d'endocardite. Pour la péricardite, la symphyse cardiaque, c'est une autre affaire; seulement on ne peut guère diagnostiquer toujours cette lésion. Ce qui me paraît hors de doute, c'est que le malade dont a parlé M. Hannecart était alcoolique, et je suis bien disposé à croire que c'est du centre nerveux cardiaque que les accidents sont partis.

M. Vince. — Dans les cas de hernie volumineuse où des accidents ont été fréquemment signalés, on pourrait bien invoquer une inhibition sur les ganglions nerveux du cœur par l'intermédiaire du pneumo-gastrique.

M. Gallet. — M. Hannecart signale dans son observation la brusque dilatation de la pupille. C'est là un symptôme sur lequel il importe d'appeler l'attention, car il se produit toujours dans les cas de mort sous le chloroforme, survenant par syncope cardiaque; c'est le cas certain de l'inhibition bulbaire. Aussi, dès que l'on voit se faire *brusquement* cette dilatation considérable, après une période d'excitation souvent courte, doit-on recourir immédiatement aux moyens préconisés en pareils cas, — révulsion énergique à la région précordiale, électrisation, etc., — mais, malheureusement, je ne sache pas qu'en cas de syncope cardiaque

vraie, aucun de ces moyens ait jamais ressuscité le malade. Quant aux causes qui interviennent ici, toutes les lésions graves de l'organisme doivent jouer un rôle important. Je suis convaincu que les affections du péricarde dont il a été question tiennent une place prépondérante; mais ce ne sont pas les seules. J'ai pu faire des autopsies dans les cas, heureusement très rares, dont nous parlons. J'ai vu une fois des adhérences pleurales très étendues; il n'y avait pas d'autres lésions. Une chose très importante, à mon avis, c'est l'état général du malade, et les gens qui ont suppuré très longtemps sont exposés plus que tous autres à cette mort par syncope cardiaque. J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme atteinte depuis longtemps de suppuration pelvienne avec fistules; elle était morte de syncope cardiaque au début de la chloroformisation. Il n'y avait que les lésions pelviennes.

M. Depage. — Je me range tout à fait à la manière de voir de notre collègue; seulement je ne crois pas qu'il faille être aussi pessimiste au point de vue du traitement. N'y a-t-il vraiment rien à faire?

M. Gallet. — Tuffier a parlé du massage direct du cœur, qui ne lui a donné au surplus aucun résultat quand il l'a pratiqué. J'y ai eu recours une fois également dans un cas où je fis l'ablation d'un volumineux sarcome occupant la paroi thoracique. Des accidents dus à la narcose survinrent tout d'un coup : j'avais le péricarde sous la main et je pus faire aisément le massage direct. Je n'ai rien obtenu du tout.

M. Depage. — S'agissait-il bien de syncope cardiaque dans ce cas? D'ailleurs, quelques insuccès ne prouvent rien. J'ai, dans le cas que vient de citer M. Hannecart, injecté rapidement une grande quantité de sérum artificiel dans la saphène interne, dans l'espoir d'exciter l'endothélium des cavités du cœur. Je n'ai rien obtenu, mais je n'en persiste pas moins à croire que, théoriquement, l'idée étant bonne; c'est un moyen qu'il faudra encore essayer, comme aussi le massage. Mais il est encore un procédé qui, je pense, peut être bien utile : c'est l'électricité, les courants interrompus, mais non à interruptions rapides. Il faut faire passer le courant à intervalles d'une longueur analogue à celle qui sépare physiologiquement les systoles. Quand j'étais interne, j'ai appliqué un jour ce traitement dans le service de mon maître, M. Desmet. C'était une femme dont

on était venu nous annoncer la mort brusque. On la croyait atteinte ou d'une méningite ou d'une hystérie aiguë dont on parlait à cette époque. Quand j'arrivai près d'elle, on pouvait croire en effet qu'elle avait cessé de vivre. Néanmoins, après deux heures d'un traitement électrique tel que je viens de l'indiquer, la malade revint à elle et me parla. Après deux nouvelles heures, elle mourut. Le fait n'en est pas moins intéressant.

Une autre fois, je réussis de la même façon chez un individu arrivé en état de shock à l'hôpital et qui avait reçu sur le thorax une lourde poutre. Celui-là guérit complètement.

Somme toute, malgré les insuccès constatés jusqu'à ce jour en cas de syncope respiratoire, il ne faut pas abandonner la lutte. Pourquoi ne réussirait-on pas avec la circulation artificielle, comme on réussit avec la respiration artificielle? Et je viens de citer trois moyens auxquels on doit s'adresser : le massage, le sérum artificiel et l'électricité mis en œuvre de la façon spéciale qui vient d'être décrite.

Dr Hannecart (Bruxelles). — **De l'utilité de la radiographie pour établir le diagnostic de certaines affections chirurgicales du rein.**

MESSIEURS,

Les applications médicales de la radiographie sont devenues plus nombreuses au fur et à mesure des progrès réalisés, soit dans l'instrumentation, soit dans la technique employée. Ce nouveau moyen d'investigation est actuellement d'un usage courant pour l'exploration des poumons, du cœur, des gros vaisseaux, du squelette, des articulations, etc. De par leur situation au milieu des parties épaisses et profondes de l'organisme, les reins échappent souvent à l'examen radiographique; j'ai cependant réussi, dans certains cas, à obtenir des résultats fort appréciables, ainsi que le démontrent les radiographies que j'ai l'honneur de vous soumettre.

1° *Calculs du rein.* — Il y a un an environ, je vous ai présenté une épreuve (fig. 1) sur laquelle est figurée une ombre très distincte, longue de 1 centimètre, large de 6 millimètres, siégeant à quelques centimètres en dehors et à droite de la colonne vertébrale, au niveau de l'articulation des première et deuxième ver-

tèbres lombaires. Il s'agissait d'un *calcul urique*, extirpé depuis lors par M. le Dr Verhoogen.

Voici la radiographie d'un homme de 31 ans (fig. 2) : il existe, à droite de la colonne vertébrale et au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, un ombre circulaire de la surface d'une pièce de un centime. Le malade fut opéré par M. Verhoogen qui retira deux *calculs oxaliques* d'un volume très inégal et placés dans des loges voisines qu'ils s'étaient créées dans le tissu du pôle inférieur du rein. En raison de leur voisinage, ces concrétions ont projeté sur la plaque photographique des ombres qui se sont confondues en une seule.

Dans ces deux cas, nous avons donc pu déceler la présence de *calculs du rein gauche* (1).

Le rein droit, quoique situé derrière le foie, est également accessible aux rayons X : Gaimard a réussi, en effet, en expérimentant sur le cadavre, à obtenir l'image de différents calculs qu'il avait, au préalable, insérés dans cet organe.

J'ai soumis aux radiations cathodiques plusieurs malades chez lesquels on soupçonnait l'existence d'une affection rénale lithiasique : deux fois, chez des personnes fort obèses, le résultat fut complètement nul ; quatre fois, aucune ombre anormale ne se dessina sur la plaque (exemple : fig. 3), et l'intervention chirurgicale, pratiquée ultérieurement, confirma ces « diagnostics négatifs ».

Pour réussir à déceler les calculs rénaux par les rayons Röntgen, il est nécessaire que les parties molles à traverser ne présentent pas une épaisseur trop considérable et que les concrétions offrent une opacité suffisante pour projeter sur la plaque une ombre qui se « détache » de celle que laissent les tissus mous. L'opacité des calculs dépend de leur épaisseur et de leur composition chimique : la figure 5 a été obtenue en soumettant aux rayons X, pendant un temps égal, des calculs phosphatique, oxaliques et urique, placés sur une même plaque. Le calcul phosphatique est le moins marqué, les ombres des calculs urique et oxaliques sont de même intensité, mais l'image du plus petit des calculs oxaliques est moins nette que celle de son congénère.

2° *Ectopie rénale.* — Cette autre radiographie montre l'ombre d'un rein ectopié et incliné, dans son ensemble, suivant son axe vertical.

---

(1) L'image radiographique positive est inversée.

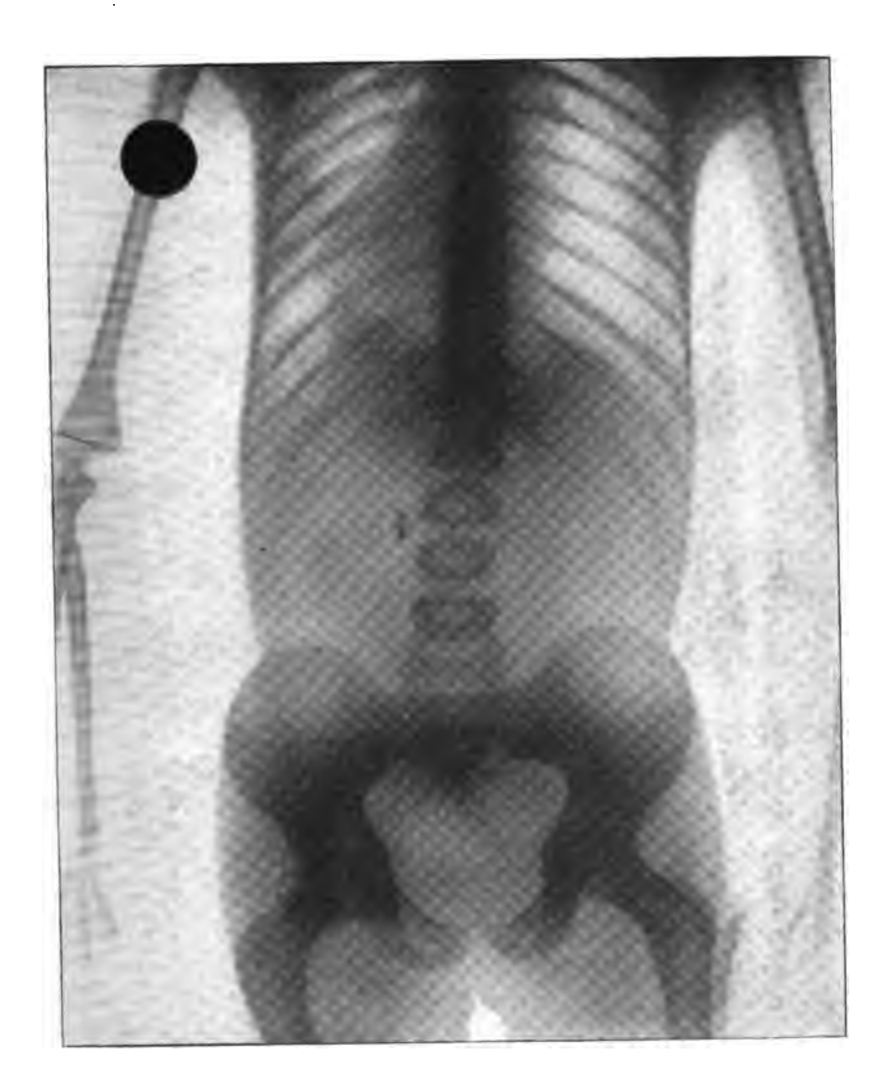


Fig. 1.



FIG. 2.

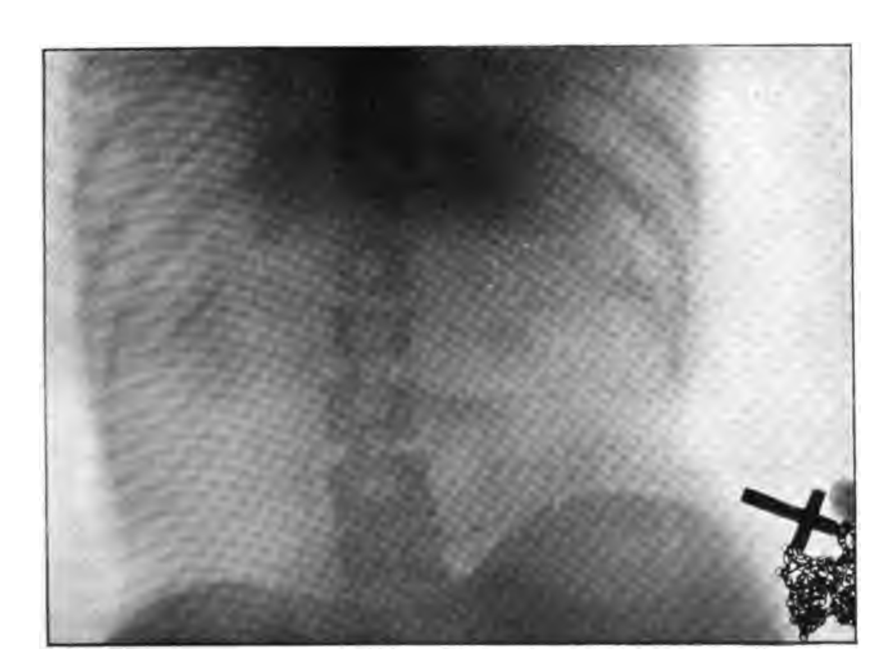


FIG. 3.

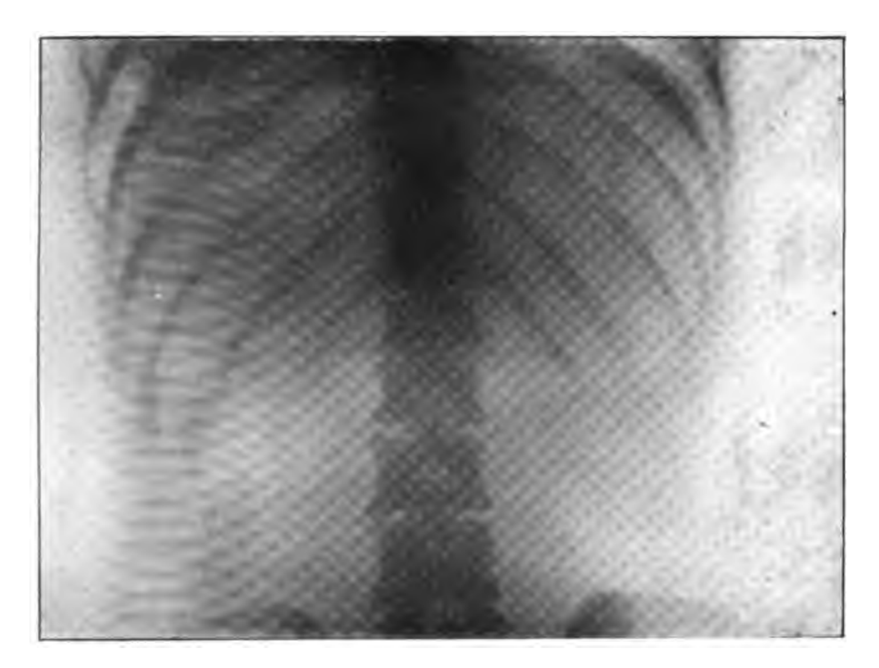
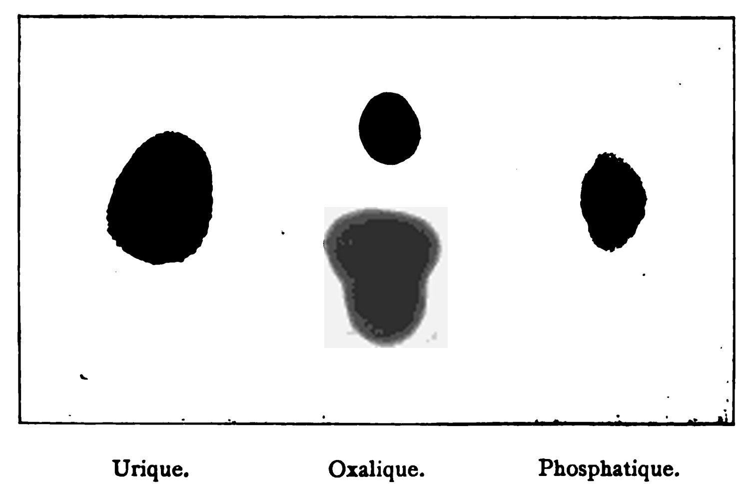


Fig. 4.



Urique. Oxalique. Phosphatique.

Fig. 5.

3° *Reins normaux.* — Enfin, j'ai réussi à obtenir l'image de deux reins (fig. 3). Il s'agissait d'une femme de 30 ans qui présentait une assez volumineuse tumeur abdominale au-devant de la région lombaire; les caractères de surface et de netteté des ombres radiographiques des reins ont permis d'éliminer d'emblée la possibilité d'une lésion de ces organes. L'opération faite par M. le D[r] Depage a confirmé le diagnostic de périnéphrite suppurée qu'avait posé ce chirurgien.

Il est donc très utile, Messieurs, de joindre aux signes cliniques les données que peut fournir la radiographie, pour établir le diagnostic des affections chirurgicales du rein. En ce qui concerne la lithiase, un résultat radiographique « positif » suffit pour lever toute espèce de doute et permet d'opérer à coup sûr; il indique même approximativement au chirurgien en quelle portion de l'organe se trouve le corps étranger. Un résultat « négatif » ne peut, en aucun cas, être opposé aux symptômes cliniques.

En terminant, permettez-moi d'adresser l'expression de mes remerciements à MM. les D[rs] Depage et Verhoogen, qui m'ont fourni les occasions d'exécuter les différentes radiographies qui font l'objet de la présente communication.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

D[r] Rouffart (Bruxelles). — Section spontanée d'une trompe utérine déterminée par la torsion de cet organe.

La pièce anatomique que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est remarquable par sa rareté : je ne connais pas de cas semblable rapporté dans la littérature médicale.

En examinant la pièce, on voit tout d'abord la lésion des annexes du côté gauche : c'est elle qui a déterminé l'intervention. Elle est formée par un kyste para-ovarien développé dans le ligament large; ce kyste, un peu plus gros que le poing, est rempli d'un liquide séreux. Il s'est développé dans la partie supérieure du ligament; il a pu être pédiculé et son extirpation n'a rien présenté de particulier. Du côté gauche, nous voyons, au niveau de l'utérus,

un moignon provenant de la section de la trompe, et au-dessous de lui quelques filaments péritonéaux tordus qui relient l'utérus à l'ovaire et à la trompe utérine. Ces deux organes sont isolés de la matrice, et ils présentent des adhérences larges et nombreuses avec l'épiploon. La trompe droite et l'ovaire du même côté ne présentent aucune altération bien évidente et ne peuvent nous éclairer sur une affection primitive de l'ovaire et de la trompe, affection qui aurait pu précéder la torsion et la section de l'organe.

La matrice est volumineuse, présente tous les caractères de la métrite chronique, et, dans son épaisseur, elle renferme des noyaux fibromateux du volume d'un pois.

Dans l'histoire de la malade on ne trouve aucun symptôme auquel on puisse rattacher les accidents de torsion, d'étranglement et de section de la trompe. Nous n'avons aucun critérium pour fixer l'époque à laquelle se sont passés ces accidents. Voici l'observation de cette malade, que j'ai opérée à l'hôpital Saint-Jean le 10 novembre 1899 :

C'était une jeune femme de 26 ans, entrée le 6 novembre dans mon service. Rien de particulier dans l'histoire de la famille; les parents se portent bien; un frère et deux sœurs sont en bonne santé; une sœur est morte d'anémie pernicieuse. Elle-même a eu une bronchite à l'âge de 8 ans et, il y a trois ans, une inflammation d'intestins. Réglée pour la première fois à 12 ans, la menstruation à toujours été régulière, revenant tous les vingt-huit jours. Très abondante avec quelques caillots, la période durait cinq jours et s'accompagnait de douleurs abdominales et lombaires. En général, ces crises douloureuses n'étaient pas très violentes. La malade se rappelle qu'un mois avant son mariage elle a dû s'aliter au moment de l'époque parce qu'elle ressentait de très violentes douleurs dans le ventre : ces douleurs ont cessé avec l'apparition des règles qui furent normales. Jusqu'à cette époque, elle avait toujours été bien portante, souffrant de temps en temps de coliques dans le bas-ventre depuis l'âge de 15 ans. Deux jours après le mariage, elle a été atteinte d'inflammation intestinale avec vomissements et douleurs très fortes dans le bas-ventre, surtout à gauche pendant vingt-quatre heures. A la suite de cela, la malade s'alita pendant trois semaines. Cinq mois après, la malade, qui était enceinte (la grossesse datait de quatre mois), souffrait de douleurs dans le côté gauche du bas-ventre et cette douleur a persisté jusqu'à l'accouchement. Cet accouchement fut très lent et nécessita une application de forceps. Les suites de couches furent normales; l'enfant est actuellement

âgé de 2 ans. La menstruation reparut deux mois après la naissance de l'enfant et cinq mois plus tard la douleur du côté gauche reparut pour devenir très aiguë au mois d'août. C'est cette douleur persistante qui l'amena dans mon service au mois de novembre. L'exploration de cette malade me montre l'utérus en rétroversion légère. Le col est en situation normale. En avant et à gauche on sent une tumeur de la grosseur du poing, tumeur lisse, sans bosselure, rénitente, donnant une fluctuation nette. Du côté droit, on trouve l'ovaire très haut et très peu volumineux. Je pose le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche et je propose la laparotomie.

L'opération a lieu le 10 novembre, et je trouve du côté gauche le kyste que m'avait révélé le diagnostic; son extirpation est très facile et, avant de refermer le ventre, j'examine les annexes du côté droit. Je trouve sur la matrice un moignon parfaitement cicatrisé et résultant de la section de la trompe : je pense un moment que la malade a déjà été opérée, tant la cicatrice est nette et semblable à celle que donne une salpingectomie; mais à 2 centimètres en dehors, je trouve la trompe et l'ovaire ne présentant absolument aucune lésion ni aucune trace d'inflammation, si ce n'est qu'ils adhèrent à l'épiploon. Leur volume est normal comme leur aspect, et rien ne vient nous éclairer sur la cause de cette section, si ce n'est la torsion que présentent quelques filaments de péritoine, seul linéament qui relie encore l'utérus et l'ovaire.

La matrice est très volumineuse et présente les caractères d'une inflammation chronique. Je me décide alors à pratiquer l'hystérectomie supravaginale basse; je termine rapidement l'opération. Toilette du péritoine, suture soignée de la séreuse du côté du pelvis, fermeture de la cavité abdominale. Rien à noter dans les suites opératoires; la malade quitte le service le 5 décembre, complètement rétablie.

AVIS.

A la demande d'un grand nombre de nos collègues, nous donnons en tête de ce numéro des *Annales* le portrait du regretté Lavisé, mort en novembre dernier.

NÉCROLOGIE.

Nous apprenons la mort de M. le professeur LORENZO BRUNO, membre de l'Académie royale de médecine de Turin, décédé en cette ville le 5 mars 1900.

Le Secrétaire.
H. VERNEUIL.

Bruxelles. — Imprimerie HAYEZ, rue de Louvain, 112.

Séance du 28 avril 1900.

PRÉSIDENCE DE M. LE D[r] A. GALLET.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. MOREAU, JACOBS, ROCHET et DUBOIS, à propos de leur nomination de membres honoraires.

2° Des lettres de MM. WILLEMS, DEBERSAQUES, DESGUIN et BLONDEZ, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

COMMUNICATIONS.

Vince (Bruxelles). — **Péritonite par perforation. Ulcère du duodénum.**

La nommée G. O..., âgée de 32 ans, exerçant la profession de journalière, est admise le 17 mars 1900 dans le service de M. le professeur Stiénon.

Cette malade se plaint de points douloureux qu'elle ressent depuis quatre à cinq jours au côté gauche du ventre. Elle n'a pas eu de garde-robe depuis le même terme. Ses selles étaient d'ailleurs habituellement difficiles. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle a eu deux vomissements composés de lait.

La langue est catarrhale. Le moindre mouvement provoque une douleur dans le ventre, qui est fortement ballonné.

Le ballonnement porte surtout sur l'intestin grêle, le cæcum et le côlon transverse. Le foie est refoulé au bord inférieur de la cinquième côte. La respiration est superficielle : on compte douze mouvements respiratoires au quart.

Le pouls est à 30 au quart.

La température, le matin, est de 38°,6.

L'ensemble de ces symptômes faisant croire à une obstruction intestinale : on prescrit un grand lavement qui provoque trois selles liquides.

Le soir, la température monte à 39°,2.

Le 19, la température est, le matin, de 38°,2 et, le soir, de 38°,3.

Le côlon transverse est toujours dilaté ainsi que l'intestin grêle; la matité hépatique est presque supprimée. Pas de vomissement. Pouls à 120, tout à fait péritonéal.

Le 20, la température est, le matin, de 37°,8 et, le soir de 38°,1.

Toujours pas de vomissement; la malade a bien dormi.

Le pouls est à 96, très petit; le facies est grippé; le ventre est toujours fortement ballonné, principalement dans la région du côlon transverse; il est moins douloureux. Les extrémités sont froides.

Le 21, la température est de 37°,6.

Même état du ventre, trois selles peu abondantes.

Pouls : 28, très petit.

M. Depage, appelé à examiner la malade, conclut également à l'existence d'une obstruction intestinale. La malade est transférée à la salle d'opération. On décide de pratiquer un anus lombaire sur le côlon ascendant. Incision cutanée. Section des plans musculaires.

A l'ouverture du péritoine, une grande quantité de gaz s'échappe avec bruit; le ventre s'affaisse, sauf dans la partie supérieu re. Un liquide louche s'en écoule. Le diagnostic d'une péritonite diffuse s'impose, et l'on se dispose à pratiquer la laparotomie médiane en réservant l'ouverture lombaire pour le passage d'un drain.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une quantité assez considérable de sérosité louche. Les anses intestinales sont recouvertes d'un exsudat fibrino-purulent. Aucune trace de matières fécales. On lave la cavité péritonéale au sérum artificiel jusqu'à ce que le liquide de lavage sorte clair; on assure le drainage.

Un premier drain est passé à travers l'ouverture lombaire droite ; un deuxième, dans le point correspondant de la région lombaire

gauche, l'incision des téguments étant faite de dedans en dehors : un troisième drain est conduit dans le vagin à travers le cul-de-sac de Douglas ; un quatrième est passé par une incision faite de dedans en dehors dans la région paracoccygienne droite. Enfin on draine toute la partie supérieure du ventre à l'aide d'un drain disposé en canon de fusil. On s'assure du bon fonctionnement de ces drains et l'on referme la cavité abdominale par quelques points de suture comprenant toute l'épaisseur des parois. Pansement.

La malade a succombé dans la soirée.

L'autopsie a été pratiquée par M. Vandervelde, chef de ce service. Je transcris ici le procès-verbal qu'il a bien voulu me communiquer :

« A l'ouverture du ventre on voit s'écouler des matières d'aspect fécaloïde qui se font jour entre la face antérieure de l'estomac, l'extrémité du lobe gauche du foie, la face inférieure du diaphragme et la moitié gauche du côlon transverse. Ces matières sont extrêmement abondantes et ont déterminé le refoulement du foie vers la droite. Cette accumulation de matières fécales est limitée en avant et en bas par le côlon transverse et, en dessous de celui-ci, les divers viscères sont recouverts d'exsudat fibrino-purulent, sans matières fécales. Cet exsudat est surtout abondant au niveau des viscères du petit bassin.

Lorsqu'on détache l'œsophage, l'estomac et le duodénum, on constate que la perforation qui a déterminé l'écoulement de matières fécales siège dans la première portion du duodénum à 1 $^{1}/_{2}$ centimètre de l'orifice pylorique. Cet orifice est circulaire, situé à la paroi antérieure : il a la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; ses bords sont nets, non injectés. A son voisinage, la muqueuse ne présente aucune altération bien définie.

La lumière de l'estomac est plus étendue qu'à l'état normal. On y trouve un liquide d'aspect identique à celui observé dans le péritoine voisin.

En résumé : Ulcère perforé de la première portion du duodénum. Épanchement limité des matières. Péritonite généralisée. »

Deux points doivent être mis en relief dans cette observation : tout d'abord, l'accumulation des matières fécales dans une cavité presque close, constituée par le foie en avant, le côlon en bas, l'estomac en arrière et le diaphragme en haut, ces différents organes étant réunis par des adhérences provoquées par l'évolution chronique de l'ulcère duodénal. Une partie infinitésimale de ces matières a pu s'écouler dans la grande cavité séreuse en passant par l'inter-

stice compris entre l'extrémité gauche du foie, l'estomac et le côlon transverse, et a de cette façon provoqué une péritonite généralisée. Les gaz développés dans le péritoine ont contribué à fermer virtuellement cette cavité; de là l'absence de matières fécales à l'ouverture du ventre.

La distension produite par l'accumulation des matières dans la région du côlon avait fait croire à l'extrême ballonnement de cette portion de l'intestin, et fait poser le diagnostic d'obstruction intestinale, l'obstacle siégeant au delà du côlon transverse.

Le second point qui mérite d'attirer l'attention est le drainage du péritoine par la région paracoccygienne.

Dans le décubitus, la partie la plus déclive de la cavité abdominale répond non pas au cul-de-sac de Douglas, mais bien à la concavité sacrococcygienne. Il est donc rationnel d'ouvrir dans cette région une large voie à l'écoulement du pus.

Dr Charon (Bruxelles). — **Goitre observé chez une petite fille âgée de 7 ans; thyroïdectomie; guérison.**

La nommée Marie J..., de Stadt lez-Wavre, âgée de 7 ans, entre dans mon service le 9 avril 1900; elle est atteinte d'une tumeur de la région cervicale qui a commencé à se dessiner il y a deux ans, qui présente actuellement la grosseur d'un œuf de poule, siégeant au niveau de la partie inférieure du cartilage cricoïde et envahissant surtout le côté droit du cou. Cette tumeur comprime la partie supérieure de la trachée et détermine un cornage permanent qui s'aggrave, chez cette enfant, dans le décubitus dorsal ou sous l'influence de la plus légère émotion. Le goitre étant très rarement observé à un âge aussi précoce, la tumeur nous paraissant fluctuante, nous crûmes d'abord avoir affaire à un kyste du cou; nous jugeâmes qu'il était prudent de pratiquer une ponction exploratrice avant toute autre tentative opératoire; cette ponction ne nous fournit que quelques gouttes de sang; nous diagnostiquâmes, dès lors, que la tumeur était un goitre. Il y avait lieu, à notre avis, d'en pratiquer promptement l'extirpation pour remédier à la gêne de respiration qui allait toujours en s'aggravant; c'était du reste pour subir cette opération que cette enfant nous avait été adressée par son médecin traitant, alarmé de voir la sténose trachéale menacer les jours de la patiente.

La thyroïdectomie fut pratiquée le 12 avril 1900. Une incision médiane fut faite depuis le bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'à la fourchette sternale; les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens furent incisés longitudinalement, et nous tombâmes, après la section de plusieurs plans aponévrotiques, sur la capsule de la tumeur qui fut séparée des tissus environnants à l'aide des doigts et des ciseaux mousses; pendant ce temps de l'opération, nous dûmes combattre des hémorragies inquiétantes, a l'aide des pinces de Doyen et du thermocautère, porté au rouge sombre; la tumeur put dès lors être relevée de bas en haut et séparée par la dissection des premiers anneaux de la trachée; ceux-ci étaient aplatis latéralement par la pression du lobe droit de la glande thyroïde, considérablement hypertrophié, constituant le goitre; après l'avoir détaché des adhérences intimes qu'il avait contractées avec la partie supérieure de l'arbre respiratoire, nous l'avons pédiculisé, en haut, dans le voisinage du cartilage cricoïde, à l'aide de fils de catgut, au-dessus desquels il fut incisé à l'aide du couteau du thermocautère. Il pesait 40 grammes et présentait au microscope les alvéoles normaux de la glande thyroïde, entourés de nombreuses cellules embryonnaires et d'un feutrage de fibres de tissu conjonctif plus développé qu'à l'état normal; c'était le type du goitre constricteur par sclérose de la glande. L'aplatissement latéral de la trachée avait déterminé le cornage que nous avions observé avant l'opération.

Les jours suivants, il y eut peu de réaction fébrile; 36°,6 fut la température maxima observée, certains soirs. Le quatrième jour, la plaie fut débarrassée du drain; le huitième, les sutures furent enlevées; l'opérée put se promener au jardin; elle ne présentait plus la moindre gêne du côté de la respiration: le cornage avait cessé.

Réflexions. — Depuis trente ans que je suis attaché au service de pédiatrie à l'hôpital Saint-Pierre, c'est la première fois que j'ai rencontré le goitre chez une malade âgée de 7 ans. La littérature médicale ne présente que de très rares observations relatives aux affections de la glande thyroïde chez les enfants. M. Lucien Mayet, interne des hôpitaux (1), a dépouillé treize cents observations de goitre et, tenant compte de l'âge des malades, il est arrivé à ce résultat que le goitre, relativement rare jusqu'à l'âge de 20 ans, atteint son apogée entre 40 et 50 ans.

---

(1) *L'Écho médical de Lyon*, 15 avril 1900, p. 125.

L'ouvrage le plus récent de chirurgie infantile par Piéchaud (1), professeur de la Faculté de Bordeaux, ne consacre pas un mot au goitre des enfants.

E. Owen (2) ne fait qu'effleurer le sujet : « Le goitre, dit-il, est » congénital ou acquis. endémique ou épidémique, et il se montre » surtout chez les filles.

» Sa disparition spontanée est fréquente. Lorsqu'il est superficiel » et s'accroît lentement, le pronostic est favorable; les variétés » fibreuses ou à kystes profonds offrent un pronostic réservé.

» Il conseille comme traitement les injections de teinture d'iode, » l'électrolyse et parfois l'extirpation partielle.

» Le goitre, dit Broca (3), est à peu près inconnu chez l'enfant, » en dehors des pays où sont endémiques ensemble le goitre et le » crétinisme, et encore est-il de règle dans ces pays que la tumeur » thyroïdienne ne prenne un développement notable qu'au moment » de la puberté. »

Il insiste sur ce fait que, lorsqu'on est en présence d'un goitre chez un sujet dont la croissance n'est pas achevée, les extirpations étendues et surtout totales du corps thyroïde exposent à la cachexie strumiprive ou myxœdème opératoire, encore plus que chez l'adulte. En conséquence, il conseille de ne procéder chez les enfants qu'à des thyroïdectomies partielles. Le procédé de choix sera, suivant lui, l'énucléation intraglandulaire des noyaux solides ou kystiques. Lorsqu'il n'existe pas de ces noyaux, mais lorsqu'on constate une hypertrophie molle, générale et uniforme du corps thyroïde, il conseille le traitement iodé. Les injections interstitielles exposent, à son avis, à la transformation scléreuse du goitre, qui peut alors comprimer l'arbre respiratoire (goitre constricteur).

Boucher (4), dans son étude sur les kystes congénitaux du cou, a observé un kyste congénital du corps thyroïde chez un enfant. D'après lui, la tumeur du corps thyroïde se distingue des kystes séreux congénitaux en ce qu'elles se meuvent de bas en haut avec le larynx, pendant l'acte de la déglutition et bien plus fréquemment

---

(1) *Précis de chirurgie infantile*, par T. PIÉCHAUD; Paris, Octave Doin, éditeur, 1900.

(2) *Traité pratique de chirurgie infantile*, par EDMUND OWEN. Traduit par le Dr O. Laurent, p. 224. Paris. G. Steinhel, éditeur, 1891.

(3) *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgical*, par les Drs PAUL LEGENDRE et A. BROCA, p. 355. Paris, G. Steinhel, éditeur, 1894.

(4) *Étude sur les kystes congénitaux du cou*, par P. BOUCHER, p. 70; Paris, 1868.

que les autres tumeurs du cou ; elles amènent des accidents graves du côté de la respiration.

Ces deux particularités s'observaient chez notre malade : l'élévation de la tumeur pendant la déglutition et un léger cornage permanent qui s'exagérait dans le décubitus ou à la suite d'une émotion.

C'est la gène de respiration observée chez cette enfant par le praticien de Wavre qui le détermina à me l'adresser ; il y avait urgence, à ses yeux, de la débarrasser de sa tumeur. Je ne crus pas qu'il m'était permis, en présence du cornage inquiétant que présentait cette petite fille, de recourir à un moyen moins prompt, moins radical que la thyroïdectomie.

En cas de goitre chez l'enfant, si les phénomènes respiratoires n'exigent pas une cure rapide, on pourrait, comme on le fait chez l'adulte, recourir aux injections interstitielles soit iodées ou iodoformées, à l'administration interne des iodiques ou des sucs organiques. Bruns aurait obtenu, sur soixante cas de goitres hypertrophiques simples, quatorze guérisons complètes (chez de jeunes sujets), vingt améliorations considérables, neuf améliorations moyennes et seulement dix-sept insuccès par l'ingestion de glandes thyroïdes crues ou de tablettes thyroïdiennes. L'iodothyrine ou thyroïdine, principe de la glande thyroïde, pourrait être administrée en comprimés de 25 centigrammes ; chez l'enfant, on pourrait administrer, jusqu'à quatre par jour, les comprimés d'iodothyrine de Baumann.

Notice microscopique,

par le docteur Mills, adjoint du service.

La tumeur dont nous avons fait l'analyse au microscope était constituée par le corps thyroïde même, dont le tissu sous-cutané de ses parties avait subi quelques altérations. Les alvéoles dépourvus de leur épithélium étaient remplis d'un liquide contenant des globules de graisse et des matières albuminoïdes ayant subi un commencement de coagulation. De plus, ces alvéoles étaient beaucoup plus petits et plus rares que normalement. Cet état de choses était dû à l'hypertrophie considérable du tissu interalvéolaire. Cette hypertrophie donnait à ce tissu l'aspect du sarcome fusocellulaire. Mais un examen plus approfondi démontrait qu'il ne s'agissait pas, dans l'occurrence, de sarcome. Les noyaux cellulaires étaient irréguliers ; les cellules avaient des prolongements

qui tendaient à s'organiser; les éléments cellulaires avaient bien l'apparence d'un tissu définitif. D'ailleurs, par place, la transformation en tissu fibreux adulte était déjà un fait accompli. C'est donc bien à un goitre interstitiel que nous avions affaire.

Dr Gallet (Bruxelles). — **Modification à la colostomie iliaque.**

Malgré la technique opératoire bien réglée aujourd'hui de l'extirpation du rectum cancéreux et les succès que nous a procurés cette extirpation, nous devons reconnaître que, dans bien des cas, l'anus iliaque pur et simple constitue la seule bonne et utile opération que l'on puisse conseiller au malade.

Je n'ai pas à insister sur les avantages que présente la colostomie iliaque : rapidité et innocuité de l'opération; survie souvent considérable; caractère de l'infirmité moins pénible que l'on ne se l'imagine généralement.

A cette opération de l'anus iliaque, tant de fois décrite, il semble difficile d'apporter encore des modifications qui aient naturellement la prétention d'être des améliorations. Cependant, à chaque instant, des chirurgiens préconisent des procédés nouveaux.

Quant à nous, nous avions — dès qu'il fut décrit — adopté le procédé présenté par notre collègue Desguin, dans la séance inaugurale de notre Société (voir n° 1 des *Annales de la Société belge de Chirurgie*), et nous avons dit ailleurs tout le bien que nous en pensons (voir *Annales de l'hôpital Saint-Jean*, année 1896, p. 31).

Dès nos premières opérations par ce procédé, nous avions cependant eu un mécompte : les matières fécales, après quelques jours, passaient par le bout inférieur de l'intestin, en petite quantité, mais suffisante néanmoins pour tourmenter le malade et pour lui démontrer que le but que nous poursuivions n'était pas complètement atteint.

On sait que ce passage des matières dans le bout inférieur constitue un accident relativement fréquent de la colostomie iliaque, et l'on s'est ingénié à empêcher qu'il ne se produise. Que de procédés pour y parvenir! Un seul est radical : c'est le procédé de Magdelung. A ce point de vue, il l'emporte évidemment sur tous les autres. Mais j'estime que le procédé de Magdelung — qui constitue une bonne opération — n'est plus cependant une opération rapide, simple, ne nécessitant qu'une anesthésie locale et ne présentant

aucun danger. S'il présente cet avantage incontestable et des plus sérieux que nous indiquions tantôt, il a de nombreux inconvénients, et l'on comprend dès lors qu'il n'ait pas trouvé auprès des chirurgiens un accueil empressé.

Dans le numéro de février 1900 de la *Revue de Chirurgie*, Gangolphe, de Lyon, expose à son tour un procédé nouveau, très ingénieux, qui lui a donné de bons résultats, et qui se pratique comme suit : dans un premier temps, on attire une anse côlique iliaque et on l'étrangle par une double ligature en chaîne; puis on l'isole de la cavité péritonéale, tout en la fixant à la paroi au moyen de sutures séro-séreuses placées naturellement au-dessus de la ligature et unissant le péritoine pariétal et le péritoine viscéral. Dans un second temps, sans anesthésie, quarante-huit heures plus tard, on incise, au thermocautère, l'anse sphacélée et les deux ligatures.

Voici ce que je reproche, de prime abord et sans l'avoir appliqué, au procédé de Gangolphe : dès qu'il y a phénomène d'obstruction et qu'il est indiqué d'ouvrir sans tarder l'intestin, il n'est pas applicable. D'autre part, si je tiens compte des accidents qui surviennent si rapidement dans la plupart des cas d'obstruction suraiguë de l'intestin, il arrivera parfois, c'est inévitable, que le malade ne supportera pas la ligature. Et je cite un cas qui m'est personnel. Le 4 janvier 1897, j'avais pratiqué avec le Dr Desmet et le Dr Vilain un anus iliaque chez un vieillard de 70 ans, atteint d'un cancer du rectum inopérable. Deux mois plus tard se produisait un prolapsus du bout supérieur, d'environ 10 centimètres, très douloureux et mettant obstacle au port de l'appareil de Bryant, que je recommande en pareil cas. Pour débarrasser le malade de cette misère, je crus pouvoir me contenter de ligaturer vigoureusement l'intestin, après avoir fait passer le fil dans le péritoine pariétal, afin de provoquer la mortification du bout prolabé. Dix minutes à peine s'étaient écoulées que le malade se plaignait d'insupportables douleurs abdominales, de nausées, de tendances à la syncope; son pouls était devenu très rapide et très petit; sa face s'étaient couverte de sueur; son état nous parut à ce point inquiétant que nous jugeâmes utile de faire sauter immédiatement notre ligature.

Il suffit que M. Gangolphe nous rapporte seize cas qu'il a opérés sans accident sérieux, pour que je considère mon cas comme exceptionnel. N'importe, je crois qu'il est bon de s'en souvenir.

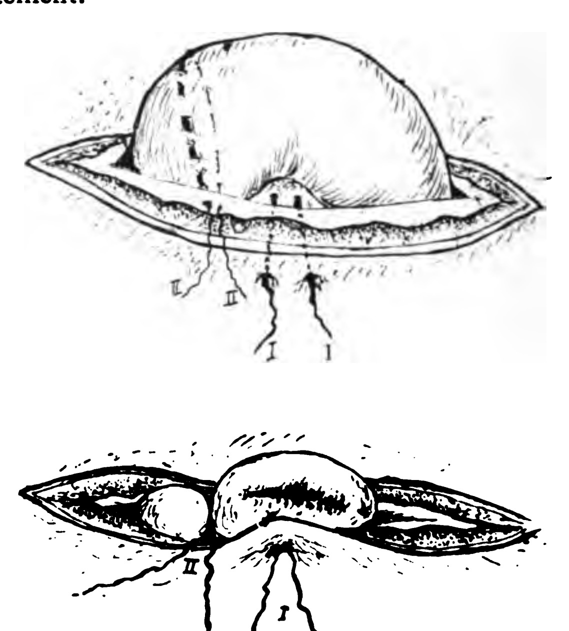
Voici brièvement le manuel opératoire que je suis :

1° Incision au lieu d'élection de 6 à 7 centimètres; incision du péritoine aussi strictement limitée que possible.

2° Extraction de l'anse intestinale et placement du fil de soutien (ainsi que le décrit Desguin).

3° Une fois l'anse intestinale à cheval sur le fil bien noué, on passe un fil de soie dans le péritoine pariétal de la lèvre externe, ce fil passe ensuite, en bourse, dans le bout inférieur de l'intestin, à 1 centimètre environ du point où se fera la colostomie; il n'intéresse que la séro-musculeuse et, après avoir passé dans le péritoine pariétal de la lèvre interne, il revient à son point de départ et est noué. Toute communication avec le bout inférieur est désormais impossible.

4° On achève l'opération comme de coutume : on ouvre l'intestin immédiatement.



Dans neuf cas que j'ai opérés par ce procédé, je n'ai plus observé d'écoulement de matières fécales par le bout inférieur.

L'opération peut se faire très rapidement; on peut la pratiquer sans anesthésie chloroformique.

M. Lauwers. — Dans ce procédé, on est exposé à obturer le bout supérieur de l'intestin, comme dans tous les procédés où l'on veut fermer immédiatement le bout inférieur. La confusion entre les deux bouts, quoique difficile quand on agit par le gros intestin, est possible cependant.

MM. Rouffart, Hannecart et **Vince** citent quelques moyens que l'on pourrait employer pour éviter cette confusion.

M. Gallet propose de remettre cette discussion à la séance prochaine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. Rouffart (Bruxelles) présente un volumineux fibrome de l'ovaire et une autre tumeur de l'ovaire : un kyste dermoïde.

La description de ces deux pièces sera donnée dans le prochain *Bulletin*.

Le Secrétaire,
H. VERNEUIL.

Brúxelles. — Imprimerie HAYEZ, rue de Louvain, 112.

Séance du 19 mai 1900.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr A. GALLET.

DISCUSSION.

A propos de la modification à la côlostomie iliaque. (M. GALLET.)

M. Verneuil. — Le choix du procédé à employer quand on pratique la côlostomie dépend beaucoup, je crois, du but que l'on se propose à ce moment. Le plus souvent il faut parer à des accidents graves, mettant la vie du malade en danger ; il convient donc d'aller vite en besogne et de ne pas entreprendre une opération qui par elle-même peut faire courir au patient des risques auxquels il est déjà exposé d'autre part. A ce point de vue, l'opération de Magdelung n'est pas recommandable. Elle est assez longue, exige énormément de précautions et réclame l'anesthésie générale.

Il me souvient d'un cas signalé à l'une de ces réunions par notre regretté collègue Lavisé. Après avoir fait une opération de Magdelung, il fut très étonné un jour de voir des débris alimentaires s'éliminer par l'anus normal. Ayant été forcé ultérieurement de pratiquer une laparotomie chez ce malade, il constata que des adhérences s'étaient établies entre le bout périphérique du gros

intestin et une anse grêle, puis une communication entre ces deux portions d'intestin. Eh bien, tout récemment j'ai observé un fait identique. J'avais, dans un cas de cancer du rectum, pratiqué un anus iliaque et utilisé le procédé de Magdelung. Quelques jours après l'opération, un phlegmon abdominal se déclara, que j'ouvris par la voie parapéritonéale. A la suite de cet accident, je constatai quelque temps après que l'anus ancien donnait issue à des matières fécales. Cette fois la communication avait dû se faire entre le bout périphérique et le bout central du côlon.

De pareils phénomènes sont la conséquence naturelle d'accidents inflammatoires consécutifs à une infection localisée. On ne peut donc pas accuser le procédé, mais la façon dont il a été exécuté. Mais il faut bien se souvenir que l'asepsie parfaite est bien difficile à obtenir sur le côlon, et cela ajoute certainement à la gravité de l'opération de Magdelung. Malgré cela, je continue à croire que c'est une opération excellente quand on peut y consacrer le temps et les soins désirables; quand on désire, par exemple, établir un anus anormal dans le cas de cancer du rectum opérable ultérieurement.

A part ce cas, et celui peut-être de suppuration pelvienne ou de fistule stercorale dans lequel, pour l'une ou l'autre raison, on désire supprimer d'une manière certaine le cours des matières fécales dans le rectum, il n'y a qu'un inconvénient minime à voir les matières fécales glisser en partie dans le bout inférieur de l'intestin après la côlostomie. Dans tous les cas, je crois que cet inconvénient ne justifie pas l'emploi du procédé de Magdelung.

Mais il est certain qu'une méthode qui permettrait d'obturer facilement le bout inférieur sans recourir à ce procédé, une méthode qui serait rapide, sûre et sans conséquences aurait droit à tous les suffrages.

C'est pourquoi je tiens à déclarer ici que le procédé dont M. Gallet a donné la description me semble tout à fait recommandable. J'ai eu deux fois l'occasion de l'appliquer; il m'a donné toute satisfaction. J'engage vivement nos collègues à l'essayer le cas échéant.

M. Lauwers. — Je maintiens tout de même l'objection que j'ai faite à la dernière séance. Dans n'importe quel procédé où l'on obture définitivement le bout inférieur, il y a une chose qui m'inquiète toujours : la confusion possible entre les deux bouts. Est-ce que notre collègue Verneuil connaît un moyen sûr d'éviter cette confusion ?

M. Verneuil. — J'avoue que la chose ne m'a jamais préoccupé. La confusion serait fort aisée — et fréquente d'ailleurs — sur le trajet du grêle. Sur le trajet du côlon, elle me paraît bien improbable. Mais si l'on était hanté par cette crainte, il me semble que les moyens de s'assurer du bout à fermer ne manqueraient pas : la sonde, l'injection par exemple.

M. Depage — Ou plus simplement encore le toucher. Il suffit de suivre le trajet de l'intestin avec le doigt pour être très rapidement fixé. En suivant le bout inférieur, on arrive bien vite sur le rectum, ou bien on va droit à ce dernier et on suit l'intestin sur le doigt jusqu'à l'S iliaque. Je ne procède jamais autrement. Cela ne m'a jamais trompé et je ne m'explique pas très bien comment il en serait différemment.

M. Lauwers. — Cette confiance ne suffit pas à me convaincre. J'ai eu un jour la désagréable mésaventure d'obturer le bout central du côlon, et cela me rend très méfiant. Je doute fort que le moyen qui paraît si sûr et si simple à M. Depage soit toujours exécutable.

M. Lambotte. — Quant à moi, je partage entièrement l'avis de M. Depage. En suivant attentivement par le toucher le bout périphérique du côlon, il me paraît impossible de se tromper.

A propos d'un cas d'abcès du cerveau. (M. Gallet.)

M. Vanderlinden. — Je pense bien que maintenant tout le monde est d'accord pour admettre que, dans le cas présenté par M. Gallet, les lésions observées sont attribuables à des phénomènes de contusion cérébrale, que ce sont des lésions par contre-coup. Je me suis déjà expliqué là-dessus et je n'ai pas à y revenir. Je dis contusion parce que la commotion n'est en réalité que le symptôme clinique de la contusion.

M. Depage. — Quoi qu'en pense notre collègue Vanderlinden, ses arguments ne pourraient me faire changer de manière de voir. Les phénomènes de lésions par contre-coup, suite de contusion cérébrale, très bien décrits par Tilman, sont incompatibles avec la perforation de la boîte osseuse. Ils ne s'observent que quand celle-

ci est intacte : or ce n'est pas le cas ici, puisque le projectile avait pénétré dans la substance cérébrale. Puis une lésion par contre-coup explique-t-elle tout le cortège des accidents relevés ici, notamment la présence des deux volumineux abcès? Et l'on n'est pas même fixé sur le trajet de la balle !

M. Vanderlinden. — Je veux faire remarquer ceci seulement : c'est que la contusion cérébrale par contre-coup peut parfaitement se produire, même dans le cas où la paroi osseuse est perforée. Quant aux phénomènes infectieux ayant amené des abcès, ils dépendent d'accidents secondaires.

M. Depage. — Ce sont là de pures hypothèses.

A propos de la contribution à l'étude des grandes hémorragies stomacales dans la gastrite chronique. (M. LAMBOTTE.)

M. Lambotte. — Depuis la publication de mon mémoire sur cette question, j'ai eu l'occasion de rencontrer trois nouveaux cas d'hématémèses qui me confirment dans l'idée de la fréquence de cette complication de la sténose du pylore et qui montrent l'efficacité et l'innocuité de la sphinctérectomie. Voici le résumé de ces trois observations. Comme on le remarquera, elles présentent entre elles et avec celles publiées antérieurement les plus grandes analogies.

OBSERVATION VI.

Marie Van B..., de Hoogstraeten, âgée de 38 ans, cuisinière. Pas d'enfants. Pas de maladies antérieures. Atteinte de gastrite chronique depuis dix ans, se caractérisant par des troubles dyspeptiques, du pyrosis; elle a fréquemment des vomissements après les repas et souvent des nausées et des régurgitations aqueuses le matin. Il y a quatre ans, une hématémèse abondante s'est produite, nécessitant un repos au lit de dix jours. Depuis un an, amaigrissement progressif. Nouvelle hémorragie abondante il y a quelques mois. On me l'envoie à l'Institut Sainte-Camille avec le diagnostic d'ulcère ou de cancer de l'estomac.

État : Malade amaigrie, mais nullement cachectique. Appétit assez bien conservé, mais intolérance de l'estomac pour l'alimentation solide; vomissements journaliers après les repas. L'examen du ventre révèle une dilatation de l'estomac avec clapotement; il n'y a guère de douleur à la pression. Je tiens la malade en observation pendant dix jours et la soumets à la diète lactée; les vomissements diminuent, mais ne disparaissent pas entièrement. L'estomac ne

se vide pas; un repas d'épreuve composé de pain, viande fumée et eau est rétiré presque intact après cinq heures.

Le 2 janvier 1900, je pratique la laparotomie avec l'assistance des confrères Allo et Preetorius. Il existe une sténose simple du pylore : léger épaississement et quelques brides fibreuses longitudinales. Pas de trace d'ulcère ou de tumeur. Je pratique la sphinctérectomie typique sans aucun incident. Guérison simple. Alimentation rapide. Disparition des vomissements. Un mois plus tard, la malade quitte l'Institut ayant gagné 6 kilogrammes. Je l'ai revue au mois d'avril en parfaite santé, débarrassée de tous ses troubles gastriques.

Observation VII.

Mlle Marie X..., atteinte d'affection gastrique depuis quatre ans. Syndrome de Reichmann très accusé : vives douleurs, vomissements fréquents. Depuis longtemps ne supporte plus que le lait. Amaigrissement considérable, anémie très prononcée.

Le 15 janvier, une hématémèse considérable se produit, avec selles mélaniques. Les selles restent hématiques pendant plusieurs jours.

L'estomac est dilaté, clapotant; le pylore paraît épaissi à la palpation. Un repas d'épreuve démontre l'absence d'évacuation de l'estomac après plusieurs heures.

Le 30 janvier 1900, je pratique la laparotomie à l'Institut Sainte-Camille avec les confrères Preetorius et Allo. Nous trouvons l'estomac très dilaté, sans adhérences ni indurations. Le pylore fortement épaissi et entouré d'adhérences filamenteuses nous donne l'impression d'un ulcère. Je pratique la pylorectomie typique avec large réunion à l'estomac. L'opération fut des plus faciles à cause de la longueur du duodénum (durée 25 minutes). Sur la pièce enlevée, nous constatons l'absence complète d'ulcération; la musculaire seule est altérée et fortement épaissie.

Suites opératoires parfaites les premiers jours; pas de vomissements; supporte la viande au bout de quatre jours. La convalescence est troublée le quinzième jour par une légère pneumonie droite qui passe rapidement à résolution. La malade quitta l'Institut trois semaines plus tard, en parfaite santé.

Observation VIII.

Mlle B..., 26 ans. Aurait eu la syphilis il y a quatre ans. Dyspeptique depuis des années, elle se soutenait en bonne santé en prenant de grandes précautions alimentaires. Son embonpoint était assez notable. Depuis deux ans, ses troubles ont augmenté progressivement (acidités, vomissements alimentaires, douleurs, etc.).

Depuis un an, fréquentes et fortes hématémèses, ne supporte plus que le lait et les œufs. Amaigrissement considérable. Il y a six mois, l'intervention chirurgicale lui est proposée par un chirurgien d'Anvers, mais refusée. Les hémorragies se reproduisant, elle se décide enfin à l'opération.

A l'examen du creux épigastrique, on ne constate pas de tumeur; l'estomac est dilaté et peu douloureux à la pression.

Le 15 mars 1900, je pratique la laparotomie à l'Institut Sainte-Camille avec l'assistance des Drs Van Bogaert frères. Nous trouvons l'estomac dilaté et prolabé; le pancréas est visible au-dessus de la petite courbure. Il n'y a pas d'ulcère. Le pylore est épaissi, libre d'adhérences, le duodénum allongé. Je pratique la sphinctérectomie typique avec facilité.

Les suites opératoires ont été tout aussi normales que dans les observations précédentes et le résultat thérapeutique parfait. J'ai revu récemment l'opérée qui a gagné un embonpoint notable et qui est débarrassée de sa dyspepsie.

Comme je l'ai dit dans ma communication du mois de décembre, le diagnostic entre la sténose simple du pylore et l'ulcère de l'estomac est très difficile, et l'hématémèse abondante s'observe tout aussi bien dans la simple gastrite que dans l'ulcère. Je crois même, d'après mon expérience, que l'hémorragie est plutôt rare dans les ulcères calleux. Je citerai à ce propos deux malades que j'ai opérés dans ces derniers mois et qui présentaient, l'un un ulcère calleux de l'antre du pylore grand comme une pièce de 5 francs, l'autre un ulcère de la grande tubérosité adhérent au foie, de 6 centimètres de longueur. Ces deux malades n'avaient jamais eu ni hématémèse ni melœna.

M. Verneuil. — Une chose me surprend un peu dans les observations de notre collègue Lambotte : c'est la gravité des symptômes et le peu d'intensité des lésions. Est-ce que vraiment, dans tous les cas qu'il a cités il n'y aurait pas d'autres causes — qui auraient pu passer inaperçues — de ces hématémèses abondantes. Je connais le cas d'un enfant chez qui il survint un jour des hémorragies terribles. A l'autopsie, on trouva l'estomac rempli de sang, mais pas la moindre trace d'une lésion pouvant en expliquer la provenance. C'est par le plus grand des hasards que l'on découvrit un ulcère situé sur l'œsophage Ce doit être un cas bien rare et que je cite seulement à titre de document. Je veux simplement dire ceci : c'est que de simples lésions de gastrite chronique ne me paraissent guère suffisantes pour expliquer des hémorragies très abondantes.

M. Lambotte. — Je ne puis répondre aux objections de notre collègue Verneuil que ceci : c'est que 1° les lésions existaient; 2° qu'il n'y avait pas traces d'autres lésions pouvant expliquer l'hémorragie; 3° que ces malades ont très bien guéri à la suite de l'opération.

Notre confrère Verneuil objecte à mes observations que l'héma-

témèse peut se rencontrer comme symptôme dans d'autres affections que celles de l'estomac. Loin de moi l'idée de contester pareille vérité : je n'ai eu en vue dans le présent travail que les hémorragies gastriques observées comme complication de la gastrite chronique avec rétention. Chez ces malades, l'erreur n'est pas possible, les commémoratifs ne laissent jamais de doutes sur l'origine gastrique de l'hémorragie, et le diagnostic ne peut hésiter qu'entre l'exulcération simple et l'ulcère de l'estomac, et c'est précisément pour mettre en lumière la fréquence de l'hémorragie dans les sténoses simples du pylore que j'ai écrit le présent travail.

COMMUNICATIONS.

Dr Depage (Bruxelles). — **Carie du rocher. Abcès multiples sous-duraux, sous-crâniens. Plusieurs interventions consécutives. Mort.**

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de vous présenter l'observation d'une jeune fille, décédée dans mon service à la suite de complications très intéressantes d'otite moyenne.

L..., Olga, âgée de 16 ans. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial; ses parents sont vivants; elle a trois frères et trois sœurs bien portants; ni frère ni sœur morts.

Le début de son affection semble remonter à cinq ans; il s'est manifesté dans l'oreille gauche par un écoulement qui a persisté pendant un mois et était accompagné de surdité, laquelle n'a disparu qu'au bout d'un an.

Comme tout renseignement au sujet du traitement de cette première atteinte, nous apprenons qu'on fit une incision et que tous les jours on pratiqua des injections dans le conduit auditif.

La malade, depuis, ne ressentit plus aucun trouble auditif jusqu'il y a douze semaines, à dater de son entrée dans notre service. A ce moment, l'écoulement de l'oreille se reproduisit, et il survint du gonflement au niveau de l'apophyse mastoïde; quelques semaines plus tard, la patiente ressentit des bourdonnements

d'oreille, lesquels durèrent huit jours, mais l'ouïe, d'après le dire de la patiente, était restée normale.

Comme traitement, rien à noter jusqu'au 15 décembre. A cette date, la malade est entrée à l'hôpital Saint-Pierre, où elle séjourna huit jours.

Le 22 décembre, l'état de la patiente s'aggrava brusquement; elle fut prise de torpeur et eut, dans la journée, plusieurs vomissements. Elle se rendit à la consultation de M. le Dr Delstanche, où M. Labarre lui pratiqua la trépanation de l'apophyse mastoïde, le curettage des cellules mastoïdiennes superficielles et ouvrit un abcès du triangle pharyngo-maxillaire.

L'examen ophtalmoscopique ayant démontré l'existence d'une papille de stase bilatérale, M. Labarre fut d'avis qu'une intervention plus radicale deviendrait nécessaire et crut devoir hospitaliser la malade.

Au moment où je pris le service de chirurgie à l'hôpital Saint-Jean, la patiente y était déjà alitée depuis quelque temps; elle se trouvait dans un certain état de torpeur et présentait un aspect légèrement typhique. La face est livide, les lèvres et la langue sont sèches, les yeux hagards. L'intelligence, toutefois, est conservée; la malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose; elle ne ressent pas de céphalalgie, mais se plaint de douleurs dans les lombes, du côté gauche et dans les membres inférieurs.

A l'examen, on constate un écoulement purulent, à odeur fétide, de l'oreille gauche; le conduit auditif externe est rétréci. Au niveau de l'apophyse mastoïde, il existe une plaie verticale de 4 à 5 centimètres, à moitié cicatrisée et renfermant un tampon placé dans la direction du triangle pharyngo-maxillaire. La région n'est pas œdématiée et il s'écoule de la plaie comme de l'oreille une certaine quantité de pus fétide.

A la palpation, on constate en arrière de l'angle de la mâchoire un certain empâtement.

La malade ne perçoit qu'indistinctement le tic-tac d'une montre appliquée contre l'oreille gauche.

A l'examen de la vue, les pupilles sont dilatées, égales, réagissant à la lumière. Léger strabisme convergent par parésie de l'oculomoteur externe.

L'examen ophtalmoscopique, fait par M. Henri Coppez le 4 janvier 1900, dénote :

Acuité visuelle, $^1/_2$ aux deux yeux.

Papille de stase marquée surtout à droite. Cette papille de stase est très pure et non accompagnée de névrite.

Le diagnostic de M. Coppez fut : abcès extra-dural sans méningite.

Notons encore que les liquides injectés par la plaie sortent par l'oreille et que la malade prétend les sentir passer dans la bouche à certains moments.

L'examen des différents organes ne dénote rien de particulier ni aucun trouble dans les fonctions. Le pouls est à 22 au quart, faible et régulier. Les urines ne renferment aucun élément anormal, à part quelques cellules de la vessie et du bassinet. Leur densité est de 1015 et leur réaction alcaline.

Rien de particulier dans les différentes régions au niveau desquelles la malade se plaint de douleurs. Les reins sont inaccessibles. La percussion du foie donne une matité normale et il en est de même de la rate.

Les membres ne présentent aucun gonflement ni aucun signe qui puisse faire supposer l'existence d'une thrombose ou d'une métastase.

Tels sont, Messieurs, les symptômes que nous avons pu recueillir chez notre malade.

Il s'agissait évidemment ici d'une de ces lésions profondes de l'oreille moyenne avec carie du rocher et propagation de l'inflammation jusqu'à la dure-mère. Il ne fut pas question de méningite, et aucun signe ne nous permit de supposer l'existence d'un abcès intra-cérébral; mais au point de vue de l'intervention, il eût été important de savoir si nous avions affaire à une thrombose, à une phlébite du sinus latéral avec pyémie généralisée ou à un abcès sous-dural simple ; si cet abcès était localisé à la face supéro-antérieure du rocher ou à sa face postéro-inférieure.

La symptomatologie des complications intra-crâniennes des otites ne me paraît pas encore suffisamment établie pour faire semblable diagnostic d'une façon précise, et c'est à ce point de vue surtout que j'ai tenu à vous communiquer la présente observation.

La marche de la température, les phénomènes généraux, la parésie de l'oculo-moteur externe, les papilles de stase, ne donnent à cet égard que des probabilités, et c'est devant l'incertitude de la localisation du foyer inflammatoire intra-crânien que nous avons décidé d'ouvrir largement le crâne en même temps que le rocher.

Une première opération fut pratiquée le 5 janvier 1900 :

Narcose au chloroforme. Soins aseptiques habituels. Incision circulaire à concavité inférieure portant en arrière et au-dessus du pavillon de l'oreille et se prolongeant en bas par l'incision qui avait été faite auparavant.

Le pavillon de l'oreille fut récliné en avant et l'os fut attaqué à la gouge et au maillet au lieu d'élection de la trépanation de l'antre (1).

Les cellules mastoïdiennes sont ouvertes et l'on arrive rapidement dans l'antre. On prolonge ensuite la trépanation vers le haut, de façon à dépasser la face antéro-supérieure du rocher et à dénuder la dure-mère correspondant à la fosse cérébrale moyenne. Une exploration ne dénotant à ce niveau aucune altération, la brèche méningée est agrandie à la pince-gouge de façon à contourner la base du rocher et à arriver à la face postérieure de cet os. Le sinus latéral est ainsi mis à nu sur une assez grande étendue. Il ne présente aucune altération extérieure; il n'y existe pas de thrombose, et une légère ouverture qui se produit sur un certain point du canal laisse suinter du sang normal.

Cette hémorragie est d'ailleurs facilement arrêtée par une compression au moyen d'un petit tampon de gaze. On dénude ensuite le rocher sur sa face postérieure jusqu'au trou déchiré postérieur. L'os est curetté dans sa partie centrale; il est carié sur presque toute son étendue et rempli de matières cholestéatomateuses; à un moment donné, le doigt passé entre la face postérieure du rocher et la dure-mère rencontre la curette et dénote l'existence d'une fistule qui se trouve immédiatement au-dessus et en dedans du trou déchiré postérieur. Tout le pont intermédiaire entre cette ouverture profonde et la surface externe est réséqué de façon à établir une large ouverture. Au cours de cette manœuvre, le facial est coupé. On arrive au trou déchiré postérieur sans constater la présence d'un foyer purulent, mais à ce moment il s'écoule une certaine quantité de liquide encéphalo-rachidien, ce qui fait suspendre l'opération. Tamponnement de la plaie sans suture de la peau.

Après cette opération, il se produisit une certaine chute de la température. Elle tomba à 37° le lendemain, mais le soir déjà elle remonta à 38°,6 et continua à osciller entre 38 et 39°. Il n'y eut d'ailleurs aucune amélioration manifeste dans l'état de la malade.

---

(1) Pour trépaner l'antre, nous menons une ligne prolongeant en arrière le bord supérieur de l'arcade zygomatique et nous attaquons l'os immédiatement sous cette ligne, en arrière du conduit auditif. Ce point constitue un excellent lieu d'élection pour ouvrir l'antre, car il permet d'éviter facilement l'ouverture du crâne, puisque l'apophyse zygomatique s'attache juste à la hauteur de la table antéro-supérieure du rocher, et d'autre part la lésion du facial n'est pas à craindre.

L'état infectieux persista; le pouls variait de 100 à 120 à la minute, les papilles de stase ne furent pas modifiées et la paralysie de l'oculo-moteur externe persista comme auparavant.

L'affaiblissement augmenta peu à peu et la marche des symptômes indiquait d'une façon précise qu'il devait exister un foyer de suppuration sous-dure-mérien dans la profondeur.

Le 11 janvier, c'est-à-dire six jours après la première opération, j'intervins à nouveau et je résolus d'attaquer le rocher par sa face inférieure. Dans ce but, je prolongeai l'incision antérieure vers le bas, le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Celui-ci fut détaché de ses adhérences supérieures et récliné en avant. L'apophyse styloïde fut mise à nu et réséquée. En introduisant le doigt entre le pharynx et la masse musculaire prévertébrale, j'ouvris un abcès pouvant contenir une trentaine de centimètres cubes de pus environ, et qui se trouvait immédiatement sous le trou déchiré postérieur.

Ce foyer de suppuration extra-crânien n'aurait pas pu être considéré comme la cause des symptômes observés chez la malade ; il n'expliquait pas, entre autres, la papille de stase double ni la parésie de l'oculo-moteur externe.

J'avais la conviction qu'il existait un foyer plus profondément et qu'il fallait le chercher vers la pointe du rocher.

Le bord postérieur de la brèche osseuse fut attaqué à la pince-gouge et le sinus latéral fut mis à nu sur une plus grande partie de son étendue. La face inférieure du rocher fut ensuite réséquée jusqu'au trou déchiré postérieur, de façon à mettre largement en communication la cavité crânienne avec le dehors. On mit à nu la veine jugulaire, qui fut ouverte et tamponnée provisoirement.

A ce moment, Messieurs, je commis, me semble-t-il, une grande faute opératoire, en décidant de faire la ligature du sinus latéral. Je ne l'avais jamais faite, et de l'avis des différents auteurs qui se sont occupés de la question, cette opération est simple et sans danger. Je ne crois cependant pas qu'il y ait moyen de la pratiquer sans pénétrer, d'une part, dans le cerveau, et d'autre part, dans le cervelet.

Dans le cas présent, c'est ce qui eut lieu. Il s'ensuivit une hernie du cerveau et du cervelet, qui fut le point de départ de complications sérieuses dont nous parlerons plus tard.

Le tampon de la jugulaire fut enlevé, mais l'hémorragie reprit et je dus suspendre l'opération avec l'intention de la continuer quelques jours après, si l'état de la malade ne s'améliorait pas.

On tamponna donc la plaie et on réappliqua un pansement compressif.

Dans la soirée, on fait à la malade deux injections sous-cutanées de sérum artificiel de 1 litre chacune. Le lendemain, 12 janvier, la température est de 37°,5 le matin et le soir de 38°,3. On constate une déviation de la langue à gauche. La malade ouvre difficilement la bouche et il lui est impossible d'avaler le moindre liquide. Elle fait constamment de fausses déglutitions donnant lieu à des accès de toux et de suffocation.

A part ces symptômes, l'état général est assez satisfaisant ; la malade ne souffre pas.

Pour la nourrir, on applique la sonde naso-œsophagienne, qui reste à demeure pendant trois jours, la déglutition étant devenue possible au bout de ce temps.

Toutefois, il n'y eut dans la marche de la maladie, ainsi que je l'avais prévu, aucune modification. La température toujours élevée et les papilles de stase qui n'avaient pas diminué dénotèrent qu'un foyer de suppuration persistait dans la profondeur

On refit tous les jours le pansement et un lavage de la plaie au moyen de l'eau oxygénée.

La plaie se couvrit sur toute sa surface d'un enduit nécrosé ; les hernies du cerveau et du cervelet, qui s'étaient formées consécutivement à la ligature du sinus latéral, avaient une tendance à augmenter.

Le 17 janvier, il y eut un peu de délire.

Le 18 janvier, la hernie du cerveau fut enlevée à ras de la dure-mère.

Le 20 janvier, on tenta une ***troisième intervention***.

La malade ne fut pas chloroformée. On pratiqua plusieurs ponctions cérébrales qui ne donnèrent pas de pus. En introduisant une sonde entre les corps quadrijumeaux et la masse cérébrale en arrière de la pointe du rocher, on fit sourdre du pus. Ouverture en cet endroit d'un abcès du volume d'une noisette. Introduction dans le foyer d'un drain. Injection aseptique. Tamponnement de la plaie, pansement.

Cette dernière intervention n'amena pas d'amélioration. Le pouls devint de plus en plus petit et la température ne se modifia pas. Le délire persista ; le 23 janvier, c'est-à-dire trois jours après la dernière intervention, il survint un état comateux qui se termina le lendemain par la mort.

Autopsie pratiquée par M. Vandervelde. — A l'examen du

cadavre, on constate une vaste plaie, largement ouverte et répondant en avant au pharynx, en arrière à la colonne vertébrale, en haut à la dure-mère cérébrale et cérébelleuse mise à nu sur une grande étendue. Le long du sinus latéral, on constate l'existence d'une hernie du cerveau et du cervelet, à travers les ouvertures faites à la dure-mère pour la ligature de ce sinus. Dans la plaie se trouve un drain qui passe entre la face postérieure de la partie restante du rocher et la dure-mère correspondante. Au fond de la plaie, après une légère dissection, on voit la veine jugulaire vidée et l'artère carotide interne qui renferme à son origine un caillot obstruant complètement la lumière du vaisseau.

En ouvrant le crâne, on ne constate à première vue rien de particulier, mais, à l'incision de la dure-mère, la surface cérébrale du côté gauche apparaît recouverte sur une large étendue d'une couche de pus verdâtre à odeur gangréneuse, circonscrivant la hernie cérébrale en s'arrêtant à la faulx du cerveau.

Après l'extraction du cerveau, la surface cérébrale apparaît nécrosée à l'endroit où s'est produite la hernie et qui répond au pied de la circonvolution pariétale et de la circonvolution temporale gauche. Une dilacération semblable existe du côté du cervelet.

Un drain qui avait été maintenu jusque-là en place arrivait à la naissance de l'oculo-moteur externe, dans le triangle limité par les corps quadrijumeaux et la masse cérébrale.

Je n'émettrai pas, Messieurs, d'autres considérations sur le cas que je viens de relater. J'ai tenu simplement à vous le détailler d'une façon complète, comme contribution à l'étude de la question si intéressante et encore si peu connue de la symptomatologie et de la marche et du traitement des abcès consécutifs aux otites moyennes.

Dr L. Le Clerc-Dandoy (Bruxelles). — **Nouveau procédé de drainage vésical après la taille sus-pubienne.**

Dans son traité de la *Cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques* (1899), au chapitre concernant le manuel opératoire, Poncet dit : « Chez les cystostomisés, le meilleur pansement est l'absence de pansement, c'est-à-dire que l'orifice vésical doit rester largement ouvert et qu'il faut prendre toutes les précautions nécessaires pour ne s'opposer en rien à l'évacuation de l'urine. » Il s'agit, bien

entendu, de cystostomisés, c'est-à-dire de malades chez lesquels le méat vésical hypogastrique, soigneusement suturé aux téguments, est établi d'une manière définitive. Dans les cas de taille hypogastrique ou épicystotomie simple (ouverture temporaire de la vessie), Poncet, comme les autres chirurgiens du reste, recommande, « pour permettre à l'urine de couler librement, d'introduire dans la cavité vésicale, immédiatement après l'opération, un gros drain... approprié ».

Tous ceux auxquels l'opération de la taille hypogastrique est devenue familière, savent combien l'absence de drain ou bien le drainage pur et simple décrit plus haut présentent d'inconvénients. Il est rare, si pas impossible, que l'urine de l'opéré ne devienne rapidement purulente, malgré les lavages fréquemment répétés; et même, si elle était contaminée avant l'intervention, — et il en est ainsi dans l'immense majorité des cas, — elle ne tarde pas à être fétide, ammoniacale; dès lors le malade est entouré de linges sans cesse imprégnés d'urine nauséabonde; il faut exercer une surveillance constante autour du patient, voir si le siphon draineur n'est pas obstrué, et la chose arrive presque fatalement. Il en résulte que l'urine sort directement par la fistule hypogastrique, et, par son action particulièrement irritante sur les tissus, elle compromet le succès des sutures posées aux environs, elle peut, en s'infiltrant sous la peau de l'abdomen, donner lieu à des abcès ou être la cause d'une des infiltrations les plus redoutables : l'infiltration urineuse. Dans les cas où la séreuse péritonéale aurait été lésée, une péritonite se déclarerait avec la plus grande facilité. Est-il enfin nécessaire de rappeler l'action nocive exercée par les urines infectées sur l'état général de l'opéré ?

Un moyen fort simple paraît tout indiqué pour prévenir ces complications : c'est de placer une sonde à demeure dans le canal de l'urètre et d'éviter de cette manière l'accumulation des urines dans la vessie.

Mais s'il est vrai que ce moyen réussit complètement dans les cas où la conformation anatomique de l'urètre prostatique est normale, il manque entièrement son but lorsqu'il s'adresse à des cas où les rapports sont changés (tumeur vésicale, hypertrophie de la prostate). La sonde à demeure est d'ailleurs une nouvelle cause d'infection si son séjour dans le canal doit se prolonger, si elle sert uniquement à l'évacuation de la vessie.

Je m'explique. Par sa seule présence dans le canal, la sonde détermine de l'inflammation parce qu'il se produit, entre elle et la

paroi urétrale, un écoulement capillaire et permanent d'urine qui, comme nous le disions plus haut, est constamment infectée. Donc le cathéter à demeure est difficilement toléré, — chez l'homme principalement, — il produit de l'urétrite, il favorise l'infection de l'urètre et de la vessie.

L'ennemi à craindre, dans l'opération de la taille sus-pubienne, est donc l'urine. Favoriser son élimination au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie, l'empêcher de s'infecter, même d'une manière relative, en un mot soustraire les tissus, la plaie opératoire, le péritoine à son contact dangereux : tel doit être l'objectif du chirurgien.

Nous croyons l'avoir réalisé de manière fort simple en utilisant, pour assurer l'élimination de l'urine, un courant de sérum artificiel, pénétrant par le canal de l'urètre (au moyen d'une sonde de Nélaton) et ressortant de la vessie par les tubes de Guyon-Perrier. Le dispositif est le suivant : un grand injecteur d'Esmark (6 litres) est placé au pied du lit du patient, à faible hauteur de celui-ci. Il est rempli d'eau salée (8 °/₀₀) et stérilisée que l'on maintient à une température tiède, grâce à un petit brûleur placé sous l'injecteur. On règle l'échappement du sérum au moyen d'un robinet ou d'une pince mise sur le tube de l'injecteur, de manière que le sérum s'écoule lentement.

L'injecteur est en rapport avec la vessie par une sonde de Nélaton ou mieux de Pezzer placée à demeure. Après avoir irrigué la vessie, le sérum s'échappe, comme nous le disions plus haut, par les drains de Guyon-Perrier, qui seront suffisamment longs pour remplir efficacement leur rôle de tubes-siphons.

Les avantages de ce drainage sont les suivants :

1° Il n'existe absolument pas de fermentation urinaire; l'odeur du patient est nulle; aucun caillot ne peut se former dans la vessie; le drainage est assuré (avantage incontestable dans les cystotomies pour néoplasme);

2° La sonde urétrale est parfaitement tolérée; aucune trace de pus n'est visible au méat après le quatrième ou cinquième jour, si l'on a pris soin de stériliser la sonde à demeure avant son application et de laver convenablement l'urètre;

3° Les dangers d'infection urineuse et d'infiltration sont écartés d'une manière complète;

4° Les sutures au voisinage de la fistule se réunissent par première intention.

On pourrait évidemment, dans certains cas, pratiquer d'autres

irrigations, suivant que l'on voudrait faire agir sur la muqueuse de la vessie telle ou telle solution médicamenteuse, par exemple : sérum gélatiné dans les cas d'hémorragie, etc.

Voici les observations résumées de deux cas de taille où la valeur de ce mode de drainage paraît ressortir pleinement.

Observation I.

D. Lambert, employé de chemin de fer. Hérédité : Père mort subitement à 50 ans. Mère morte à 85 ans. Six frères morts. A eu huit enfants dont deux sont morts en bas âge; les autres sont bien portants.

Depuis deux ans, le malade a uriné du sang à trois ou quatre reprises; ces hématuries ont été abondantes et le patient, à son entrée à l'hôpital, — service de M. le professeur De Smet, — est dans un état d'affaissement très grand.

A l'examen de l'appareil urinaire, on constate que la vessie remonte jusqu'à trois doigts sous l'ombilic; les mictions sont fréquentes, mais elles ne vident qu'incomplètement la vessie; les urines sont franchement sanglantes. Par l'examen cystoscopique, on constate l'existence d'une tumeur villeuse siégeant au pourtour du col vésical.

On décide de faire la taille sus-pubienne.

Opération le 7 novembre 1899. Incision transversale de Trendelenburg comprenant la peau, les muscles droits, la vessie. Le néoplasme est implanté largement sur le bas-fond vésical et au niveau du col, ce qui explique la rétention urinaire. Il est excessivement friable et l'on ne peut songer à l'enlever. Par arrachement, par curettage, on en extirpe la majeure partie. L'hémorragie abondante qui succède à cette manœuvre est arrêtée assez facilement par un tamponnement à la gaze iodoformée. Suture incomplète de la vessie, les tubes siphons de Guyon-Perrier ayant été fixés dans l'espace resté libre de la plaie. Puis suture des muscles droits au moyen d'un seul fil conduit de la manière suivante : il pénètre dans le bout inférieur de l'un des muscles sectionnés, ressort par le bout supérieur du même côté; puis il pénètre par le fragment supérieur du muscle opposé et ressort enfin par le fragment inférieur du même côté. Des petits fils complètent cette suture musculaire. La plaie cutanée est réunie à la soie.

Une sonde de Pezzer mise à demeure dans l'urètre est reliée à un irrigateur d'Esmark contenant du sérum à 37°; l'écoulement du liquide entraîne immédiatement le sang épanché dans la vessie.

Le lavage au sérum est continué sans arrêt pendant huit jours. Les suites opératoires ne présentent rien de particulier. Pas de température. La réunion se fait *per primam* le long de la plaie cutanée; aucune suppuration au niveau du méat hypogastrique.

Au huitième jour, on supprime l'irrigation continue, les drains seuls sont conservés. La sonde à demeure avait été tolérée très facilement et n'avait provoqué aucune sécrétion.

L'état du malade, à partir de ce moment, va en s'améliorant; on remplace les drains par une sonde de Pezzer à pavillon plat, autour duquel les téguments

forment un anneau qui s'oppose complètement au suintement de l'urine. Celle-ci est recueillie dans un urinal fixé au membre inférieur.

L'analyse microscopique d'un fragment de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Le malade a quitté l'hôpital le 17 février 1900. Sa santé s'est considérablement améliorée; il garde constamment à l'hypogastre la sonde de Pezzer qui constitue un moyen occlusif parfait. La miction n'a plus jamais été sanguinolente, sauf pendant un jour où l'on avait obturé la sonde et où le malade avait eu, avec beaucoup de peine, quelques mictions volontaires.

L'aspect de la cicatrice est net; il n'existe aucune éventration.

La méthode palliative de traitement semble avoir atteint parfaitement son but dans ce cas.

Observation II.

Marie X..., ménagère, 32 ans. Rien dans l'hérédité; aucun antécédent personnel. Mariée depuis le mois de juin 1895; a toujours été bien réglée. Stigmates d'hystérie évidents. Souffre de la vessie depuis le mois de juin 1898; le début de l'affection fut marqué par des douleurs au commencement de la miction. Les urines étaient claires, au dire de la malade. Plusieurs traitements furent essayés sans succès (lavages divers, instillations).

Au cystoscope, lorsque la malade vint nous consulter, on voyait une zone rouge, s'étendant sur le bas-fond de la vessie, à droite, en une bandelette longue de 2 à 3 centimètres. Par-ci par-là existaient quelques foyers de cystite bien circonscrits.

Pendant le courant de l'année 1899, nous pratiquâmes deux curettages vésicaux qui furent suivis, surtout le premier, de guérison complète, mais qui ne se maintint pas. Les douleurs reparurent plus intenses vers le mois de septembre 1899; elles se manifestaient sous la forme d'épreintes, de ténesme, le nombre des mictions s'accrut considérablement et les urines devinrent troubles. La malade réclama à toute force une intervention radicale, et, en présence des symptômes persistants de cystite douloureuse, la taille sus-pubienne fut pratiquée le 17 décembre 1899 dans l'espoir d'explorer aisément la vessie. Mais, l'organe n'ayant pu être distendu, il fallut, pour pouvoir l'inciser, se guider sur le bec d'un cathéter préalablement introduit par le canal de l'urètre. La vessie fut ouverte dans la profondeur, derrière la symphyse.

Malgré ces complications du manuel opératoire, les suites furent très simples, grâce au système de drainage établi comme dans l'observation I. Les douleurs disparurent immédiatement après l'opération et, chose curieuse, ne se montrèrent plus, tant que le courant de sérum artificiel fut maintenu; on irrigua ainsi la vessie pendant trois semaines consécutives, tout arrêt du courant s'accompagnant des plus vives douleurs.

Actuellement, la situation de la malade, au point de vue douleur, est considérablement améliorée; il persiste une fistulette sus-pubienne; la patiente peut garder une sonde à demeure sans en éprouver la moindre gêne. Nous nous proposons de fermer la fistulette et avons bon espoir de pouvoir enlever d'ici peu la sonde à demeure.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Dr Rouffart (Bruxelles). — **Deux cas de tumeur ovarienne.**

Les deux pièces anatomiques que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie sont formées par des néoplasmes de l'ovaire. La première est un fibrome qui est intéressant à trois points de vue : tout d'abord par le fait qu'il a été l'objet d'une erreur de diagnostic, la jeune fille qui portait cette tumeur ayant été considérée comme se trouvant enceinte. La deuxième particularité intéressante réside dans le développement de la tumeur qui est localisée à l'un des pôles de l'ovaire, qui seul est intéressé, le reste de la glande ayant conservé son volume et son aspect normal. Enfin, la tumeur présente la torsion de son pédicule et la trompe a suivi le mouvement de l'ovaire et s'est enroulée autour du meso ovarium. La tumeur a le volume d'une tête de fœtus à terme, elle est dure et constituée par du tissu fibreux. La personne qui portait cette tumeur était âgée de 26 ans; réglée à 13 ans, la menstruation n'avait pas au début été très régulière. Dans ces derniers mois, il y avait eu absence de règles du mois d'août au mois de novembre, puis de nouveau pendant deux mois pas de règles, et la menstruation avait reparu à la mi-janvier, puis la dernière fois le 14 février.

Au commencement de mars, époque à laquelle la malade vint me voir, il n'y avait pas eu d'écoulement menstruel. Jamais il n'y a eu de pertes blanches. Depuis la perte de sang qu'elle avait eue en janvier, la malade sentait une sorte de ballottement dans le ventre et, depuis cette date et un peu avant cette époque, l'émission des urines était difficile. La malade a toujours souffert de constipation. L'irrégularité des règles, le développement rapide du ventre, la perception de bruits cardiaques à l'auscultation de la tumeur et la production du ballottement ont fait porter le diagnostic de grossesse par les médecins traitants.

A l'examen, je sens une tumeur dure, arrondie, roulant sous la pression de la main. La tumeur est placée en avant de la matrice et l'on perçoit au palper bimanuel les sinuosités de la trompe autour du pédicule ovarien tordu. La matrice est en rétroposition. Je conseille l'opération, qui est acceptée et pratiquée le 17 mars. La guérison suivit sans incident. Et quinze jours après l'intervention, la malade sortit du dispensaire complètement guérie. Au moment

de l'opération, nous trouvâmes dans le péritoine de l'ascite en assez grande abondance, et c'est le ballottement de la tumeur solide dans le liquide ascitique qui a fait croire au ballottement fœtal. Quant aux bruits du cœur du fœtus, bruits que des médecins croyaient avoir perçus, c'étaient les bruits du cœur de la malade qui étaient transmis à travers la tumeur solide et arrivaient avec le timbre fœtal à l'oreille du médecin. L'émotion de la malade faisait battre son cœur très rapidement.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — La deuxième pièce anatomique est constituée par un kyste dermoïde qui renfermait des fragments de graisse solidifiée. Dans cette graisse, on trouve des cheveux ; je n'ai pas trouvé de tissu calcifié dans ce kyste. Ces fragments solides volumineux se trouvaient dans un liquide louche dans lequel nous avons trouvé de nombreux globules blancs, mais où l'analyse microbienne n'a rien révélé.

Le Secrétaire,
H. VERNEUIL.

Bruxelles. — Imprimerie HAYEZ, rue de Louvain, 112.

Réunion extraordinaire de 1900 à Bruxelles.
Séance du 23 juin.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR.

La chirurgie pleuro-pulmonaire.

RAPPORT DE M. H. VERNEUIL.

INTRODUCTION.

La chirurgie de la plèvre, celle du poumon, entrevues — tentées quelquefois — par de lointains devanciers, bénéficie largement aujourd'hui de nos méthodes actuelles si parfaitement réglées et sûres. Nos connaissances en anatomo-pathologie plus exactes, nos procédés de diagnostic chaque jour plus précis et plus complets ont contribué pour une large part à développer ce chapitre, resté dans l'ombre pendant un long temps.

Il n'entre pas dans mes vues de refaire ici l'histoire de la chirurgie pleuro-pulmonaire; je n'ai d'autre but, en cette étude, que d'exposer d'une façon brève, mais aussi complète qu'il me sera possible, l'état actuel de la question. Je me contenterai de rappeler que la plupart des opérations, aujourd'hui courantes, sur la plèvre

et sur le poumon sont vieilles de plusieurs siècles déjà, que la pleurotomie, que la pneumotomie furent pratiquées par Hippocrate. Mais ici, comme ailleurs, nos aînés se sont vus contraints d'abandonner presque toujours une lutte inégale, tandis que la perfection de notre technique nous donne le droit d'escompter de nombreux succès.

Toutefois, en ce qui concerne le poumon surtout, les difficultés sont grandes parfois; et il ne faut pas se dissimuler que l'on aura quelque peine à les aplanir. Le rôle du poumon dans l'organisme est trop considérable pour que le chirurgien prétende arriver jamais à le traiter en conquérant. Puis la situation qu'il occupe est telle qu'avant d'arriver jusqu'à lui, il faudra, dans bien des cas, quoi que l'on fasse, braver de nombreux et réels dangers.

La chirurgie de la plèvre et celle du poumon, en principe, sont bien distinctes. Pratiquement, cette distinction a moins de raisons d'être. Un certain nombre d'opérations restent spéciales à la plèvre, mais toutes celles qui s'adressent au poumon forcent le chirurgien à s'occuper du même coup de la séreuse, que celle-ci participe aux altérations de l'organe qu'elle enveloppe, ou qu'elle soit normale, ce qui est le cas le plus rare.

Voilà pourquoi j'ai donné le titre de « chirurgie pleuro-pulmonaire » à ce travail, que je diviserai en deux chapitres. Dans le premier, j'envisagerai la question au point de vue du diagnostic; dans le second, je passerai en revue les différentes affections de la plèvre et du poumon susceptibles d'être traitées chirurgicalement; je noterai les indications opératoires et le choix du procédé à suivre.

Quant à la description de ces procédés, je n'en parlerai pas; cela sortirait du cadre que je me suis assigné, et il me semble d'ailleurs inutile d'aborder ce sujet quelques mois après la publication de l'excellent livre de Terrier et Reymond (1).

CHAPITRE PREMIER.

Le diagnostic dans les affections de la plèvre et du poumon.

Parmi les obstacles auxquels se bute le chirurgien lorsqu'il est appelé à intervenir dans les affections de la plèvre et du poumon, il faut mettre en première ligne la difficulté de poser un diagnostic

précis (2). Cela est vrai surtout lorsqu'il s'agit de certaines affections pulmonaires (3). La *percussion*, l'*auscultation* la plus parfaite peuvent donner sur l'état du viscère et de son enveloppe des indications très suffisantes au médecin, mais trop incomplètes quant au siège mathématiquement exact du mal pour nous permettre de les utiliser en toute sécurité. Or, jusqu'à présent, aucun procédé n'existe qui soit en état de suppléer tout à fait à cette indigence de renseignements.

Et il faut bien se pénétrer à ce propos de certaines particularités importantes à connaître. Elles ont trait à la localisation stéthoscopique des bruits pulmonaires.

Tuffier, dans le rapport qu'il a présenté au Congrès de Moscou, avait déclaré déjà que lorsqu'on attaque un foyer pulmonaire, si l'on se fie aux renseignements fournis par ces bruits on vise d'ordinaire trop bas. Pierre Delbet (4) affirme que cela n'est vrai que pour la partie du poumon qui est située au-dessous du hile. Pour celle qui est située au-dessus, on a tendance, au contraire, à viser trop haut. Delbet dit que les bruits stéthoscopiques se propagent le long de l'arbre bronchique dans le sens du courant d'air inspiratoire, de telle sorte qu'ils acquièrent leur maximum au delà du point où siège la lésion. Si la cavité est située dans le segment inférieur du poumon, les divers bruits stéthoscopiques acquerront leur plus grande intensité au-dessous d'elle, mais si la caverne siège dans le segment supérieur, c'est au-dessus d'elle que les signes stéthoscopiques atteindront leur maximum : on sera conduit à penser que la lésion siège plus haut qu'elle n'est en réalité; on visera, non pas trop bas, mais trop haut.

Cette formule est peut-être trop étroite; mais il n'est pas douteux — et sur ce point les chirurgiens sont d'accord — que s'il arrive quelquefois que l'on tombe directement dans la cavité dont le siège a été précisé par les signes stéthoscopiques, il en est souvent autrement. D'une façon générale, les cavités superficielles pourront être reconnues avec une précision suffisante, mais pour les lésions profondes il faut compter avec la propagation, vers la périphérie, des phénomènes d'auscultation. Les cavités pathologiques du poumon sont entourées de lames de tissu condensé, propageant le son avec d'autant plus d'intensité que ce tissu est plus dense, lames qui n'ont pas forcément une direction perpendiculaire à la paroi, mais qui se dirigent souvent dans un sens oblique et propagent ainsi les bruits dans des sens différents. Il s'ensuit que là où nous percevons le maximum des bruits ne siège pas nécessairement la lésion.

Bazy est intervenu un jour dans un cas de gangrène pulmonaire dont le foyer se trouvait au niveau de l'épine de l'omoplate. Cependant les médecins qui avaient examiné ce malade avaient trouvé les foyers stéthoscopiques à la base de la poitrine.

La *ponction exploratrice* fournit de précieux renseignements dans la plupart des affections pleurales caractérisées par la présence de liquides entre les feuillets de la séreuse. Il est possible que l'on se bute ici aux écueils que je vais rappeler et que l'on rencontre dans les collections intra-pulmonaires, mais c'est beaucoup plus rare, et la ponction permet de faire l'examen bactériologique des collections purulentes, d'assurer le diagnostic dans certains cas douteux (kystes hadatiques, épanchements sanguins, dans les pleurésies tuberculeuses ou cancéreuses).

Mais la cavité pleurale peut contenir autre chose que des liquides. Elle peut renfermer de l'air. Elle peut renfermer du sang à la suite de traumatismes de la paroi seule, de la paroi et du poumon; des gaz dans les pleurésies putrides; du pus caséeux dans de vieilles pleurésies purulentes; des tumeurs solides; être rétrécie ou complètement oblitérée par des adhérences. Autant de points qu'il importe au chirurgien de bien connaître, parce qu'ils lui créent des situations très diverses, qu'il devra élucider soit dans le seul but opératoire, soit dans celui de tirer profit de quelques-unes de ces situations, soit enfin pour éviter certains mécomptes. Dans beaucoup de ces cas, la ponction exploratrice sera inefficace, mais en général le diagnostic est à peu près assuré par un ensemble très suffisant d'autres signes cliniques.

En ce qui concerne les poumons, si l'on soupçonne en quelque point de l'organe la présence d'une cavité contenant un liquide pathologique le trocart peut venir confirmer l'exactitude de ce diagnostic; mais il arrivera parfois que l'instrument ne ramènera rien dans un endroit où existe du liquide. Une ponction blanche ne démontre donc pas l'intégrité du tissu pulmonaire. Il suffit, en effet, que l'aiguille pénètre dans une région où se trouvent des adhérences pleurales ou dans une portion du parenchyme restée saine au milieu d'une cavité, ou encore aux limites extrêmes de cette cavité, pour que la ponction ne décèle rien.

Il faut tenir compte encore des caractères du pus, de sa fluidité plus ou moins grande, des grumeaux qu'il peut renfermer. En somme, toutes les causes d'erreur susceptibles de fausser les renseignements donnés par la ponction exploratrice sont encore plus fréquentes et plus nombreuses ici que partout ailleurs. Dutar a

montré que les ponctions exploratrices restent négatives dans 22 °/₀ des cas. Les résultats positifs eux-mêmes ne renseignent que sur le siège du foyer, mais non sur la multiplicité des lésions; aussi voyons nous un certain nombre de cas où le trocart tombe dans une cavité qui n'était qu'accessoire et laisse méconnaître la lésion principale (5).

On a proposé, pour assurer le diagnostic, des moyens d'exploration plus directs : la *palpation du poumon* à travers la plèvre pariétale décollée (Tuffier) et la palpation de l'organe après pleurotomie (Bazy).

Assurément, si la première de ces méthodes était susceptible de fournir des renseignements très précieux, on pourrait, dans bien des cas, songer à y avoir recours. Mais peut-on vraiment espérer recueillir de la sorte, dans un espace forcément restreint, — et quelle que soit la sensibilité du doigt explorateur, — des indications suffisamment nettes? Je ne le pense pas. La palpation directe du poumon sera bien autrement efficace, mais tout de même ne fournira très souvent que des renseignements incertains. Si le doigt vient à tomber dans une partie de la cavité pleurale, limitée par des adhérences un peu étroites, il sera impossible ou dangereux d'aller, au delà de celles-ci, à la recherche de lésions pulmonaires, — mal appréciables d'ailleurs par le seul toucher — à moins que ces lésions ne soient, par un heureux hasard, situées précisément au niveau de ces adhérences. Si la plèvre est libre, quelque dédain que l'on professe pour les dangers du pneumo thorax, il faut bien convenir que pareille exploration devient d'une réelle gravité. Or une opération exploratrice ne doit pas être grave.

Quoi qu'il en soit, la méthode ne peut être jugée, et il y a lieu de réserver son opinion avant de se prononcer sur la valeur de la pleurotomie exploratrice. Les faits prononceront.

Les renseignements cliniques tirés de l'*expectoration* ne concordent pas toujours non plus avec les lésions réelles. Une vaste cavité peut coexister avec un état général assez bon et ne fournir qu'une expectoration modérée. Par contre, des cavités extrêmement petites peuvent donner lieu à des symptômes de bronchite purulente grave, à une expectoration d'une extrême abondance, tout à fait hors de proportion avec leur grandeur.

Mais la nature de l'expectoration peut fournir des indices précieux, et dans un travail récent, Godlée Rickman (6) a beaucoup insisté sur ce point. On recherchera avec soin, dit-il, si les crachats renferment de la bile, on notera leur teinte, on s'enquerra de

savoir s'ils renferment des hydatides, de l'actinomycès, des cheveux et des fragments de tissu épidermique ou des séquestres, etc. On n'oubliera pas la valeur de certaines constatations faciles à faire : la séparation en deux couches du liquide, la présence du sang, l'odeur. On pratiquera toujours l'examen microscopique.

Un point de diagnostic qu'il serait bien important de pouvoir résoudre, c'est celui qui a trait aux adhérences pleurales : Existent-elles à l'endroit où il faudra faire une thoracotomie? S'en trouve-t-il en d'autres régions, ou bien la séreuse est-elle tout à fait intacte? Il y a un détail très important de technique opératoire à discuter à ce propos, et je m'y arrêterai plus loin.

Ce qu'il y a de certain, c'est que la possibilité de faire le diagnostic des adhérences a toujours préoccupé la grande majorité des chirurgiens.

On a prétendu qu'une aiguille, enfoncée directement dans le poumon, était le meilleur moyen de résoudre la question. Dans le cas où les adhérences n'existaient pas l'instrument se déplaçait avec les mouvements respiratoires et expiratoires; dans le cas d'adhérences, il restait immobile. Or on a constaté maintes fois l'inexactitude de ce fait. Il suffit que les adhérences soient un peu lâches pour qu'il ne se réalise pas.

Un procédé plus rationnel est celui proposé par Sapiejko (2) : il consiste à munir une aiguille exploratrice d'un manomètre contenant une solution de sérum physiologique. Si l'aiguille pénètre dans une région où existent des adhérences, le liquide ne bouge pas; si, au contraire, la cavité pleurale est libre, le niveau du liquide s'abaissera du côté opposé à celui attenant à l'aiguille.

Seulement lorsqu'on se trouve dans le cas de pratiquer une pneumotomie, on n'a guère la faculté de choisir l'endroit où l'incision doit être pratiquée; du moins doit-on limiter ses préférences à une région très restreinte. Il semble dès lors assez rationnel d'aller de l'avant sans s'inquiéter de trouver des adhérences dont coûte que coûte il faudra bien se passer.

Parmi les moyens de diagnostic appelés à nous rendre de précieux services, il faut ranger en bonne place déjà la *radiographie* et la *radioscopie*. Les progrès que l'on ne peut manquer de réaliser en cette matière nous donnent le droit d'espérer bien davantage.

Dans un grand nombre de cas douteux, où l'auscultation, la percussion, la ponction même avaient donné des résultats insuffisants quant à la localisation exacte d'un foyer cavitaire par exemple, les rayons Röntgen ont donné des renseignements excel-

lents. Des collections interlobaires inaccessibles aux procédés usuels d'investigation ont pu de la sorte être diagnostiquées. Dans ces cas surtout et dans ceux de pleurésie enkystée, cette nouvelle méthode d'exploration a déjà à son actif de nombreux succès (7).

Siromahoff (8) a démontré par de nombreux exemples l'utilité des rayons Röntgen pour établir ou confirmer le diagnostic des affections intrathoraciques. Il cite parmi les maladies qui ont pu être reconnues de la sorte :

Une tuberculose bilatérale avec pyo-pneumothorax gauche;
Un pneumothorax à droite;
Un abcès pleuro-pulmonaire droit;
Une pleurésie purulente droite;
Une pleurésie droite;
Une pleurésie gauche;
Une pleurite bacillaire avec induration du sommet droit;
Un abcès thoracique;
Six cas de cavernes tuberculeuses.

Tuffier, dans un cas d'abcès gangreneux du lobe supérieur du poumon droit, cas dans lequel les signes stéthoscopiques étaient négatifs, a pu, grâce à la radiographie, déceler et ouvrir l'abcès. En cas de foyers multiples, l'observateur ne risque pas de voir son attention égarée sur un seul foyer.

Dans les pleurésies purulentes, il est indispensable pour le chirurgien de pouvoir être fixé sur l'état du poumon, sur son degré de rétraction, sur les chances plus ou moins grandes que l'on peut conserver de le voir apte à fonctionner encore et de façon plus ou moins parfaite. Avant la découverte de la radiographie, aucun moyen n'existait de se renseigner sur ce point si important; nous le pouvons très souvent aujourd'hui, et j'aurai l'occasion de montrer plus loin quels bénéfices énormes la chirurgie peut tirer d'aussi précieux renseignements.

L'examen radiographique n'est cependant pas un moyen de diagnostic infaillible. Dans des cas où l'auscultation rendait indubitable l'existence d'excavations pulmonaires, cet examen est resté négatif. A la partie inférieure du poumon surtout, au voisinage des organes abdominaux et du cœur, ces mécomptes se sont produits plus d'une fois. Enfin, si la radiographie peut nous apprendre que des lésions cavitaires existent, si grâce à elle nous pouvons être fixés sur l'endroit exact de ces lésions, une question reste souvent encore à élucider, que les rayons X ne peuvent pas résoudre : ils sont muets sur la nature même du mal dont ils ont indiqué le siège.

En somme, l'auscultation, la percussion, la ponction exploratrice, malgré les causes d'erreur possibles, et la radiographie, encore imparfaite, constituent les seuls moyens de diagnostic que nous possédions pour déceler les lésions pleurales et pulmonaires. Mais n'oublions pas que des progrès quotidiens se réalisent, que la radiographie en est à ses débuts, et que ces différents procédés d'exploration, imparfaits en eux-mêmes, donnent, par leur emploi simultané à ceux qui savent en user judicieusement, des éléments de certitude vraiment remarquables.

CHAPITRE II.

Des indications opératoires et de l'intervention chirurgicale dans les affections de la plèvre et du poumon.

Tumeurs de la paroi thoracique.

L'histoire de ces tumeurs ne rentre que secondairement dans le cadre de la chirurgie pleuro-pulmonaire. Il faut les signaler, parce que fort souvent elles se propagent à la plèvre pariétale qu'il est indispensable alors d'entamer quand on procède à leur ablation; parce qu'elles peuvent également pousser des prolongements jusque dans les poumons et que l'on peut être de la sorte amené à faire une pneumotomie partielle. Ces tumeurs sont des chondromes, des sarcomes, des fibromes et, surtout, — s'il faut en croire certains travaux récents, — des tumeurs mixtes (9).

La présence de ces tumeurs près de la plèvre pariétale ne favorise, en général, aucun travail d'adhérence, et l'ouverture de la cavité thoracique se complique donc le plus souvent de pneumothorax. C'est un détail qu'il ne faut pas perdre de vue; d'autant plus qu'il est assez malaisé d'établir un diagnostic quelque peu certain touchant l'étendue des lésions. Dans bien des cas, des tumeurs que l'on croirait parfaitement limitées, envoient dans la poitrine des prolongements étendus, qui ne se traduisent par aucun signe physique.

Ces opérations sont toujours graves. Les statistiques accusent 25 à 30 °/₀ de mortalité. C'est qu'il ne faut pas perdre de vue que l'on est forcé d'y aller largement. Le succès est à ce prix. Ici, comme toujours, la récidive est l'éventualité, hélas! la plus fré-

quente, ce qui assombrit considérablement le pronostic du résultat final. Toutefois des cas de non-récidive après cinq ou six ans ont été manifestement constatés. Hartley (10) rapporte l'observation d'un enfant de 10 ans qui ne présentait aucune trace de récidive après quatre ans. Un grand lambeau de la plèvre avait été réséqué.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que dans les cas où les organes respiratoires, où le cœur sont affectés, il faut se garder de toute opération. Ici, comme ailleurs, il ne faut pas se départir de cette règle de conduite : en cas de tumeurs de mauvaise nature, s'abstenir s'il y a généralisation ou si l'état du sujet laisse par trop à désirer.

Lésions traumatiques de la plèvre et du poumon.

Dans les cas de plaies pénétrantes de la poitrine (soit par arme à feu, soit par instrument piquant ou tranchant), deux alternatives sont possibles : la plèvre pariétale seule est atteinte, ou bien le parenchyme pulmonaire est également intéressé. De toute façon, les mêmes symptômes peuvent être observés : pneumothorax dû à l'entrée de l'air dans le sac pleural; hémothorax consécutif à un épanchement de sang dans cette cavité. Mais, quoique donnant lieu dans les deux cas à des manifestations identiques au début, ces accidents sont bien plus graves dans la seconde éventualité, où le pneumothorax reconnaît pour cause principale la communication de la cavité pleurale avec une bronche et où l'hémorragie acquiert, pour plusieurs raisons, une bien autre importance.

Il faut se rappeler cependant que la blessure d'une artère intercostale peut provoquer un écoulement de sang de grande abondance et intarissable, que, d'autre part, une lésion pulmonaire est compatible avec une hémorragie bénigne. Il peut arriver encore que tous les autres signes cliniques manquent, que l'hémoptysie seule permette au chirurgien d'affirmer l'existence d'une lésion pulmonaire; et celle-ci peut même exister alors qu'on ne trouve aucune trace de sang dans les crachats.

J'ai eu récemment l'occasion de voir cela. Il s'agissait d'une plaie par arme à feu. La balle, pénétrant à la partie antérieure du thorax, à droite, à la hauteur du quatrième espace intercostal, faisait saillie sous la peau dans la région dorsale. En raison de l'état général du blessé, de la direction suivie par le projectile, je conclus à une lésion pulmonaire. Il n'y avait cependant aucune trace

de sang dans les crachats. Au sixième jour de l'accident seulement, un peu d'hémoptysie survint. La périphérie du poumon seule avait dû être lésée. Ces faits sont exceptionnels.

L'abondance de l'hémorragie, la présence d'un pneumothorax par lésion pulmonaire créent les véritables indications opératoires, mais avant de s'y conformer il reste à résoudre une question de diagnostic assez délicate.

En ce qui concerne le pneumothorax, la chose est encore assez facile : les signes cliniques, la persistance et même l'aggravation de la dyspnée quand on obture complètement la plaie de la paroi, indiquent bien qu'une bronche communique avec la cavité pleurale, et l'intervention s'impose. Il faudra sans hésiter pratiquer une brèche suffisamment large et aller suturer la plaie pulmonaire.

Il est plus difficile de prendre une résolution quand le symptôme hémorragique seul est en jeu. Il faut, par exemple, se défier de l'aspect des blessés dans les premières heures qui suivent le traumatisme. Très souvent on les voit alors dans un état lamentable d'affaissement, presque livides, avec un pouls des plus misérables, et pour peu que l'on constate les signes d'un épanchement abondant, on serait fort enclin à croire à des accidents terribles et tenté d'intervenir au plus vite. Or, il n'est pas rare de trouver ces malades vingt-quatre heures après complètement transformés. L'abondance de l'hémothorax n'a pas varié depuis la veille, c'est certain, mais le pouls s'est relevé, l'aspect général est bon, la dyspnée n'a rien qui doive inquiéter et ils guérissent très bien sans traitement opératoire. Ces malades ne sont pas atteints de lésions vasculaires graves et les symptômes alarmants qu'ils ont présentés sont bien moins le fait de l'épanchement que de la blessure, de la douleur ou de l'ébranlement nerveux.

Il y a donc là un point très délicat à trancher, car en cas de lésions vasculaires importantes, le temps presse : il faut se décider rapidement. Seulement, que l'on intervienne pour un pneumothorax ou pour une hémorragie grave, il ne faudra jamais oublier que les opérations entreprises dans ces conditions n'offrent que des chances bien minimes de succès, et qu'un choc traumatique intense est à craindre chez de pareils blessés, mal préparés pour en subir l'assaut. Toutefois la réussite est possible. Michaux a publié une observation intéressante d'intervention précoce dans un cas très grave. Le sang venait de la région du pédicule, et il n'avait pas osé, par prudence, mettre de ligature en ce point occupé par de gros vaisseaux. Il se contenta de tamponner la région et draina. Le malade guérit (11).

Si l'on a pu avec quelque certitude éliminer le diagnostic d'hémorragie redoutable et attendre, il devient plus facile de se tracer une règle de conduite : celle-ci consistera à opérer seulement quand on acquiert la conviction que le sang continue à couler, soit de la paroi, soit du poumon. Dans le premier cas, il faudra débrider la plaie jusqu'à ce que l'on soit parvenu sur le vaisseau lésé (une artère intercostale généralement); dans le second, on n'hésitera pas à pratiquer la thoracotomie, à aller à la recherche de la plaie pulmonaire et à la suturer.

Le tamponnement de la cavité pleurale par l'ouverture thoracique accidentelle (Desault) est un moyen qui me paraît devoir être abandonné, et il ne serait jamais applicable, avec des chances bien illusoires de succès d'ailleurs, que si, pour une raison ou pour une autre, il était impossible au chirurgien d'agir autrement. Quant à la ponction, elle doit se borner à un rôle explorateur.

Les fractures de côtes peuvent déterminer dans le poumon des accidents identiques à ceux occasionnés par les plaies pénétrantes, et suceptibles de réclamer les mêmes procédés d'intervention chirurgicale. Ces fractures sont aussi dans le cas de produire un emphysème sous-cutané, qui peut se généraliser très rapidement. Alors il faudra inciser les téguments au niveau de la fracture. Enfin Terrier signale encore une autre indication. Elle se présente quand l'hémothorax ne réclame point par lui-même l'assistance du chirurgien, mais s'il existe des signes manifestes de communication entre la cavité pleurale et les bronches (hémoptysies, pneumothorax). Dans ce cas, l'épanchement sanguin a grandes chances de s'infecter. Terrier pense qu'il vaut mieux prévenir cette infection que d'être réduit à la combattre, et que la thoracotomie est légitimement indiquée dans ce cas. On doit, me semble-t-il, partager cette opinion.

Les périls immédiats écartés, le blessé court encore des risques, et sa guérison n'est certaine que le jour où tout exsudat hémorragique est résorbé : ce jour est parfois long à venir. Aussi longtemps que l'hémothorax persiste, il est susceptible de s'infecter. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter : une large pleurotomie et le drainage sont de règle.

A la suite de traumatismes variés subis par la paroi thoracique, on a vu parfois le poumon venir faire hernie par la plaie. La conduite à tenir en pareil cas est variable suivant les circonstances : Si la partie herniée est altérée, ou souillée, le mieux est de la pédiculiser, puis de la réséquer. Si elle est saine, il faut tenter de

la réduire, ce qui sera possible dans la grande majorité des cas; la réséquer si l'on ne peut y réussir.

Mais la hernie pulmonaire ne se déclare pas toujours à la suite d'un traumatisme; on la constate parfois sans que l'on sache à quelle cause il faut attribuer sa production. Le mieux est de la traiter comme n'importe quelle hernie : incision des téguments, réduction, ligature du sac, suppression de l'anneau herniaire. Traumatiques ou non, les hernies du poumon sont très rares.

Il est bon de rappeler encore que les plaies thoraciques, surtout celles de la région thoracique inférieure gauche, s'accompagnent souvent de pénétration abdominale. Le chirurgien ne doit jamais perdre de vue cette complication possible qui réclame presque toujours une intervention urgente, dont nous n'avons pas à parler ici.

Corps étrangers dans la cavité pleurale et dans le poumon.

Après avoir passé en revue les lésions traumatiques de l'appareil pleuro pulmonaire, il est rationnel, je crois, de dire quelques mots des corps étrangers qui peuvent s'y introduire et que l'on sera parfois obligé d'extraire. Parmi ces corps étrangers, on signale surtout les projectiles qui pénètrent dans les tissus quand le traumatisme est la conséquence d'un coup de feu. Il faut accepter en principe qu'au moment de l'accident la recherche de ces projectiles ne doit jamais être tentée. En effet, ou bien ils déterminent des accidents d'hémorragie grave, ou de pneumothorax qui, eux, nous l'avons vu, commandent l'intervention précoce; ou bien ils ne donnent lieu par leur présence qu'à des symptômes bénins, et des manœuvres opératoires seraient d'autant plus injustifiées que, généralement dans la suite, ils s'enkystent dans les tissus et y demeurent sans nul inconvénient pour le blessé.

Parfois cependant des désordres secondaires éclatent; les tissus, au sein desquels logent ces corps étrangers, s'infectent : des accidents se produisent.

Mais ce n'est pas tout : des accidents d'un autre ordre peuvent arriver. Les objets les plus divers sont tombés dans les bronches et ont pu de là gagner le tissu pulmonaire à la suite d'un travail ulcératif. James S. Warrack relate le cas d'une femme qui, à la suite d'une avulsion dentaire, avala le chicot et mourut seize jours après de gangrène pulmonaire (12).

Sevestre a étudié les effets causés par la présence d'un corps étranger dans les bronches. Parmi les effets éloignés, il signale la dilatation bronchique, la bronchite fétide, des manifestations pleurétiques, des abcès pulmonaires (13).

Excepté dans ces cas-là, où l'on peut, très rarement et très difficilement d'ailleurs, tenter l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles, la pneumotomie ou la pleurotomie s'impose, car le corps étranger ne doit plus être considéré que comme cause d'abcès, de gangrène ou de pleurésie purulente. C'est à ces accidents secondaires qu'il faut parer. Nous nous en occuperons plus tard.

De la pleurésie purulente.

Toujours les esprits éclairés ont compris que le traitement médical devait échouer de façon lamentable dans la lutte contre l'empyème, que dans les cas rarissimes de guérison il fallait bénir les ressources multiples et mal déterminées de la nature bien plus que les vertus discutables des produits pharmaceutiques. Seules les craintes, justifiées d'ailleurs, qu'inspirait jadis toute manœuvre opératoire, empêchèrent longtemps les médecins d'ouvrir les yeux a la lumière.

La thoracentèse, la pleurotomie furent adoptées sans conteste dès que l'antisepsie régna. Seulement les résultats furent au début moins brillants qu'on ne s'y attendait, et la thérapeutique de la pleurésie purulente n'entra décidément dans la bonne voie que le jour où l'on comprit toute l'importance qu'il fallait attacher à de nombreux facteurs, dont jusqu'alors on n'avait tenu aucun compte : la durée de l'affection, la bactériologie de l'épanchement, l'état de la plèvre pariétale, l'état de la plèvre viscérale, l'état du poumon, celui de la cavité pleurale, les ressources organiques et les conditions de résistance du malade. On comprit que par la simple évacuation du pus il serait difficile d'arriver à la guérison de l'empyème, et d'autres méthodes de traitement furent proposées.

Telles sont, en effet, les ressources dont nous disposons aujourd'hui en cas de pleurésie purulente, et qu'il faudra savoir employer suivant les cas : la ponction, la pleurotomie, l'opération d'Estländer, l'opération de Schede et la décortication pulmonaire préconisée par Delorme.

Le traitement rationnel de l'affection consiste à savoir auquel de ces procédés il convient d'avoir recours dans un cas donné, et c'est le point que nous allons examiner.

En ce qui concerne toutes les autres opérations de résection costale, je ne pense pas devoir en parler, parce qu'elles ne sont, à vrai dire, que des variantes plus ou moins utiles et heureuses des trois opérations, réellement originales, dont il vient d'être question. Le propre du chirurgien, vraiment digne de ce nom, est de savoir modifier sa technique suivant les cas qui se présentent; mais, en agissant ainsi, il ne crée pas toujours du nouveau. Que dans une thoracoplastie on enlève trois ou quatre côtes ou qu'on en enlève dix, qu'on fasse une incision en U en T, en zigzag ou simplement linéaire, que l'on enlève les côtes à la paroi postérieure, antérieure ou latérale, ce sont là des détails de peu d'importance. L'opération d'Estländer reste intacte. J'en dirai autant pour les points d'élection dans la pleurotomie et dans la thoracentèse. On s'est beaucoup ingénié à les chercher. Je pense qu'il n'y en a pas. Ils sont à déterminer au moment d'agir et selon les circonstances. Voilà le vrai.

Lorsque l'empyème est de date récente, et si l'on a des raisons de croire que le poumon possède encore des propriétés d'expansion suffisantes, on peut espérer guérir une pleurésie purulente en évacuant la collection et sans recourir à d'autres moyens. Dans ce but, on peut recourir à deux opérations : la thoracentèse et la pleurotomie.

Déclarons-le tout de suite : la thoracentèse est inefficace. Je sais bien que, aujourd'hui encore, quelques chirurgiens se font les défenseurs de la ponction et prétendent qu'elle est susceptible de fournir des résultats excellents. Ils avouent, du reste, que cette ponction doit être répétée un nombre illimité de fois, et qu'il faut. dans bien des cas, en venir à la pleurotomie. D'autres, plus éclectiques, pensent que la thoracentèse doit être réservée à certains cas, et préférée notamment dans la pleurésie à pneumocoques — surtout chez l'enfant — et dans la pleurésie tuberculeuse (14). Cette opinion est celle de la grande minorité, et l'on se demande vainement la raison de ces préférences. Certes, la pleurésie à pneumocoques a plus de chances de guérir définitivement que toute autre, par la simple évacuation de la plèvre. Mais l'évacuation n'est-elle pas beaucoup mieux assurée par la pleurotomie? Quant à la pleurésie tuberculeuse, si la léthalité est plus grande après la pleurotomie, les guérisons complètes sont bien plus frequentes (1).

Il faut faire une exception peut-être pour les empyèmes typhiques. La résorption a été constatée plus d'une fois dans ce cas (13bis). En tenant compte de cette considération, on pourrait, si la guérison spontanée tardait à venir, essayer une simple thoracentèse.

Mais ce qui a son importance, c'est de s'assurer de la bactériologie des épanchements. Au point de vue du pronostic, il y a certainement une différence à établir entre une pleurésie à pneumocoques, à staphylocoques, à streptocoques.

Il faut en somme traiter l'empyème comme on traite un abcès, et cela avec d'autant plus de raison que les parois de la cavité n'ont aucune tendance à se rapprocher. On sait ce que vaut la ponction dans les abcès. Pourquoi donnerait-elle de meilleurs résultats dans l'abcès pleural ? Une large pleurotomie, tel est le traitement rationnel de la pleurésie purulente de quelque nature qu'elle soit. Gallet exprimait déjà cette opinion à peu de chose près dans la remarquable thèse qu'il défendit en 1889 (15).

Ici se posent deux questions accessoires :

Faut-il drainer après la pleurotomie, et faut-il faire des lavages de la cavité pleurale ?

Il faut drainer, la chose est admise par tous, mais les avis diffèrent quant à la façon de procéder. Je pense que le drainage le plus simple est le meilleur : deux tubes de caoutchouc d'inégale longueur accolés en canon de fusil. Quant aux mille procédés plus compliqués les uns que les autres et dont la seule description remplirait un volume, il serait bien difficile de démontrer qu'ils ont jamais été pour quelque chose dans le succès final.

La question du lavage est plus discutée. Nombre de chirurgiens les préconisent encore. Voici quelle est l'opinion de Terrier à cet égard :

« Ce qui nous rend méfiants à l'égard du lavage de la plèvre, dit-il, c'est que, d'une part, il ne semble pas devoir jamais jouer un rôle antiseptique et que, d'autre part, il a chance de favoriser l'infection de deux façons : en introduisant des éléments infectieux nouveaux, s'il est mal fait, ou en diffusant dans toute la plèvre ceux qui déjà s'y trouvent. Ainsi donc, nous pensons qu'il sera préférable de se dispenser du lavage si possible, et qu'au cas où il faudra le faire, il sera bon de n'employer que de l'eau stérilisée simple, ou mieux salée. »

Cette façon de voir est parfaitement rationnelle.

Les résultats fournis par les injections de sérum artificiel destiné à remplacer l'exsudat purulent après la ponction (A. Kissel), les injections modificatrices dans la cavité pleurale incomplètement vidée [émulsion iodoformée, teinture d'iode iodurée (Jabozzi), permanganate de potasse, etc.] semblent être tombées dans un complet discrédit.

En cas d'empyème double, peut-on pratiquer la pleurotomie, ou faut-il s'en tenir à la thoracentèse ?

Cette fois encore la majorité des chirurgiens penchent pour la première de ces opérations, qui, pratiquée dans toutes les règles voulues de l'antisepsie, n'est pas plus grave que la seconde et assure beaucoup mieux la vidange.

Quand l'empyème aboutit à la formation d'une cavité pleurale et d'une fistule persistante et intarissable, la résection costale sous-périostée s'impose, et l'on peut être forcé de recourir à l'opération de Schede ou à celle de Delorme, si le poumon atteint de sclérose ou d'atélectasie est devenu incapable de se dilater, conditions qui se réalisent également dans les cas d'empyèmes anciens. Mais pouvons-nous escompter les données fournies par l'examen clinique pour nous éclairer sur l'état réel du poumon ? J'ai dit plus haut quels services la radiographie était actuellement déjà en état de nous rendre dans nombre de cas. Ici le parti que l'on peut tirer de cette méthode d'examen est considérable. Gallet a récemment démontré la chose (16).

Il a d'abord voulu rechercher dans quelle mesure les partisans de l'opération de Delorme avaient raison, et il a examiné si les opérations d'Estländer, de Schede, etc., donnent des résultats satisfaisants, non pas immédiats, mais éloignés; il a examiné ensuite si l'opération de la décortication pulmonaire est toujours possible et comment on peut en fixer les indications. Pour légitimer cette intervention nouvelle, on a prétendu en effet qu'elle seule était capable de donner des guérisons complètes, en ce sens qu'elle seule s'adresse au poumon lui-même et lui rend son fonctionnement. Les autres opérations provoqueraient simplement l'occlusion de la cavité pleurale suppurante, par affaissement de la paroi thoracique.

Gallet est intervenu par la résection costale sous-périostée (opération d'Estländer et ses nombreux dérivés) et par la résection thoracique (opération de Schede) dans 26 cas de caverne pleurale, suppurant depuis plus ou moins longtemps. Sur ces 26 cas, 1 est mort consécutivement à l'opération; on est parvenu à avoir des renseignements précis sur 19 cas : 5 sont morts, 1 d'accident, 1 de cause inconnue, 3 très rapidement (en deux ou trois jours de temps) de pneumonie ou de pleuro-pneumonie frappant le côté sain; on n'a observé aucun cas de tuberculose pulmonaire éclatant après l'intervention; 1 seul de ces opérés (opéré il y a plus de quatre ans) donne actuellement des craintes à ce sujet. Il n'est pas fait

mention dans cette statistique d'un cas opéré, alors qu'il existait déjà des lésions tuberculeuses et qui est mort trois mois plus tard. Les quatorze autres opérés sont en bonne santé. Même l'un d'eux, un jeune homme de 18 ans aujourd'hui, a battu quelques records sur sa bicyclette.

Gallet a fait radiographier des thorax de malades qui ont subi des résections de côtes souvent très étendues, malades qui sont actuellement en parfaite santé. Ces radiographies montrent la reconstitution parfaite des arcs costaux, et prouvent que l'air pénètre parfaitement dans le poumon — l'affaissement seul de la paroi indique que l'on est intervenu chirurgicalement.

Ces faits sont suffisants, semble-t-il, pour permettre d'affirmer que les résections costales sous-périostées ainsi que les résections thoraciques proprement dites procurent des guérisons radicales et complètes.

Gallet a recherché ensuite si la « décortication pulmonaire » était toujours possible. On sait dans quel état se trouve fréquemment le poumon après quelques semaines ou quelques mois de pleurésie purulente. Il s'est produit une véritable pneumonie interstitielle : la pneumonie pleurogène de Charcot; le poumon est alors réduit à l'état d'un moignon refoulé dans la gouttière costo-vertébrale, complètement atélectasié. Toute tentative de décortication est vaine; fût-elle possible, qu'encore le poumon ne reprendrait pas son fonctionnement.

Mais il est certains cas où la décortication est possible et où l'on voit se produire, dès qu'elle a été pratiquée, la libération du poumon. Les expériences le prouvent (17) et d'autre part les cas observés ne laissent aucun doute à ce sujet.

La difficulté est de préciser les cas dans lesquels on peut compter sur l'efficacité de la décortication.

Tout d'abord, il est certain qu'au point de vue du pronostic opératoire, l'opération d'Estländer l'emporte, et de loin, sur la décortication. Ce fait admis, c'est à l'opération d'Estländer qu'il faudra recourir, chaque fois que l'on aura la certitude d'obtenir, grâce à elle, l'occlusion de la cavité suppurante — cette occlusion amenant une guérison complète.

Mais dès que l'on se trouve en présence de vastes cavités dont il est impossible d'obtenir l'occlusion par affaissement de la paroi, il faut choisir entre la résection thoracique proprement dite (Schede) et la décortication (Delorme).

Ce choix ne devrait pas être laissé au hasard. Gallet, dans

maintes circonstances, a pratiqué l'opération de Delorme; l'ablation d'une portion de la gangue pleurale ne déterminait du côté du poumon aucune modification. Il cite un cas où cette opération a été faite sans succès. Pour fixer les indications, il a eu l'idée de recourir à la radiographie — sachant que les examens cliniques étaient insuffisants. Les malades atteints de pleurésie purulente avec vaste cavité pleurale et poumon atélectasié donnent des radiographies où l'on voit le poumon, absolument imperméable à l'air, réduit à l'état de moignon. Au contraire, d'autres radiographies montrent toute une zone du poumon perméable encore.

Dans le premier cas, la décortication a été impossible; la guérison n'a pu être obtenue que par une résection thoracique des plus étendues. Dans le second, la décortication a été faite et elle a donné l'occasion de voir ce poumon reprendre en partie son fonctionnement.

Il est inutile d'insister sur les avantages que présente la décortication sur l'opération de Schede; il importe de faire remarquer seulement qu'elles ont des indications différentes, que l'on a peut-être trop méconnues quand on a jugé les divers modes d'intervention chirurgicale dans la pleurésie purulente; il faut surtout insister sur les services que peut rendre, au chirurgien, la radiographie pour fixer ces indications.

Voilà donc la conclusion de Gallet, basée sur des expériences qui la rendent indiscutable Il est certain que les avantages de telle ou telle opération varieront suivant les circonstances dans lesquelles elles seront pratiquées. Un poumon sclérosé est définitivement perdu, et il est malheureusement à prévoir que cela sera souvent le cas dans les empyèmes chroniques.

On ne peut trouver d'autres raisons au peu d'enthousiasme avec lequel de nombreux opérateurs ont accueilli la décortication pulmonaire, et ces expériences donnent aussi la clef des résultats si différents constatés par les chirurgiens qui ont pratiqué les premiers l'opération de Delorme. Tandis que Reclus attendait vainement une dilatation pulmonaire qui ne se produisit jamais, Lambotte (18) vit cette dilatation se faire avec une rapidité extrême.

Au Congrès annuel des chirurgiens allemands en 1898, Jordan (19) préconise l'opération de Schede comme de beaucoup supérieure à celle de Delorme; König Junior dit n'avoir retiré aucun bénéfice de la décortication pulmonaire. En France, Duplay (20) condamne l'opération de Delorme, qui n'aurait d'après lui que des résultats déplorables.

Nous venons de voir la raison de ces divergences d'opinions. Il n'est pas indifférent d'employer un procédé plutôt qu'un autre dans la cure de l'empyème, et nous savons dans quelle condition se justifie pleinement l'opération de Delorme. Il est à craindre seulement, — je le répète, — que l'on ait rarement l'occasion de la pratiquer

Des différentes discussions qui se sont élevées récemment sur les mérites des opérations d'Estländer, de Schede et de Delorme, ce qu'il faut retenir encore, — et sur ce point la majorité des chirurgiens semblent être en parfait accord, — c'est la nécessité de faire des résections trés étendues. Au point de vue des conséquences possibles du traumatisme, cela n'a qu'une assez minime importance, et une résection large donnera beaucoup plus de garanties que l'ablation timide de quelques fragments de côtes.

Faut-il, comme Bardenheuer (21) et Beck (22) le recommandent, enlever côtes, périoste, plèvre pariétale et muscles intercostaux, enlever la plèvre viscérale si elle est épaissie (ce qui est le cas habituel), réséquer au besoin la clavicule, l'omoplate, procéder en un mot à l'ablation de toute la cage thoracique ? C'est peut-être aller un peu loin, et l'avenir nous dira ce que vaut le procédé, et surtout s'il y a une utilité certaine à produire de pareils délabrements. Quant à l'idée émise par certains chirurgiens de combiner les deux opérations. celle de Schede et celle de Delorme, on ne la conçoit pas très bien, puisqu'elles visent toutes deux à un but absolument différent.

On peut conclure encore de ce qui précède que l'opération d'Estländer et ses nombreux dérivés seront particulièrement indiqués dans les cas d'empyèmes récents. Il y aura tout avantage, lorsque la pleurotomie n'aura pas donné après quelque temps les résultats qu'on en attendait, de recourir sans tarder à la résection costale. Dans les empyèmes anciens, l'avantage restera le plus souvent au procédé de Schede, ou à celui de Delorme, en tenant compte de leurs indications particulières.

On a proposé encore, dans le but de favoriser l'expansion du poumon, d'entretenir dans la plèvre une pression négative. Perthes (23) et Révillod (24) ont fait construire à cette fin des appareils spéciaux. Théoriquement, c'est très joli, encore qu'il soit difficile d'admettre qu'un poumon étranglé par une membrane épaissie puisse profiter du vide relatif que l'on se propose d'obtenir dans la cavité pleurale. Pratiquement, il est aisé de comprendre que le jeu de ces appareils (en admettant qu'ils soient susceptibles de produire les résultats

désirés) doit être des plus difficiles à entretenir Dans tous les cas, la méthode, depuis qu'elle a été lancée, ne paraît guère avoir fait de chemin, et je ne la signale qu'à titre documentaire

A coté de l'empyème dans sa forme la plus fréquente, il faut signaler deux autres formes de la pleurésie purulente : les pleurésies enkystées et les pleurésies interlobaires.

Les pleurésies enkystées peuvent être constituées par un foyer unique ou résulter de la réunion de plusieurs foyers indépendants (empyème multiloculaire) dont la formation s'explique aisément par les cloisonnements et les adhérences. Le diagnostic n'est pas toujours facile, et j'ai signalé les services rendus par la radiographie dans ces cas.

En ce qui concerne le traitement, la pleurotomie s'impose au début, et surtout en cas de loges multiples, car elle permettra au chirurgien de déchirer au moyen du doigt les adhérences qu'il pourra reconnaître; de faire donc communiquer entre eux les différents foyers; d'assurer par une brèche unique un drainage convenable.

Toutes les opérations de résection costale peuvent évidemment trouver leurs indications dans la suite.

Le diagnostic des pleurésies interlobaires est plus difficile encore. Les travaux de Rochard (25) sur la topographie des scissures ont fourni toutefois de précieux documents à ce point de vue, et la connaissance de cette topographie est de première nécessité. Je n'insiste plus sur l'utilité de la radiographie.

On a pensé (Rochard) qu'il serait possible, quand le moment est venu d'intervenir chirurgicalement, de séparer les deux feuillets accolés de la plèvre et d'atteindre la collection purulente sans toucher au poumon. Cela n'a pas été exécuté jusqu'à présent, et l'opération reste théorique. Chaque fois que l'on s'est trouvé dans le cas d'opérer, on a procédé comme s'il s'agissait d'aboutir à une cavité située dans le parenchyme pulmonaire, c'est-à-dire par une pneumotomie. Le traitement des pleurésies interlobaires est donc identique aujourd'hui à celui des abcès du poumon.

Je ne voudrais pas abandonner ce chapitre de la pleurésie purulente sans parler d'une affection fréquente en rapport avec des lésions de la plèvre : la carie costale.

La présence de collections sous-pleurales a été souvent signalée, en effet, dans les abcès froids thoraciques; mais ce qu'il faut bien retenir, c'est que ces collections ne communiquent dans nombre de cas que par un très petit pertuis avec la cavité de l'abcès située

sous les téguments. Si cette communication — ce qui arrive maintes fois — passe inaperçue, la résection costale n'est pas suivie de guérison.

L'affection se rattache à l'histoire des pleurésies purulentes parce que certains auteurs ont prétendu que souvent l'affection pleurale était primitive et les lésions osseuses secondaires. L'hypothèse est très plausible ; mais ceux mêmes qui ne l'admettaient point seront forcés de reconnaître que des lésions de tuberculose pleuro-pulmonaire évoluent souvent d'une façon parallèle avec les lésions tuberculeuses des côtes. Bardaroff (26) relève dans sa thèse cent cinquante-cinq cas d'abcès froids du thorax, parmi lesquels il s'en trouve plusieurs où la simultanéité de ces lésions existait.

Et c'est précisément en raison de cela que je crois utile de signaler une lésion que Gallet a eu l'occasion de rencontrer (27) chez un malade que j'avais opéré antérieurement. Il s'agissait d'un homme chez qui j'avais pratiqué la résection de quatre côtes pour carie et chez lequel j'avais trouvé une vaste collection sous-pleurale. Il guérit en apparence très bien. Quelques mois après, Gallet eut l'occasion de le revoir en pleine récidive. Il put constater alors que la vaste cavité précédemment curettée communiquait par un petit pertuis avec une grande caverne pulmonaire. Peut-être cette communication existait-elle lorsque j'avais eu le malade entre les mains. Toujours est-il qu'alors elle a passé inaperçue.

Ces faits sont rares évidemment, mais il faut les connaître et ne pas perdre de vue que l'abcès froid thoracique peut avoir des connexions, non seulement avec la plèvre, mais avec des organes plus profonds parce que — et ceci est le motif qui m'a fait aborder la question — on sera amené, en des cas semblables, ou bien à reculer devant une opération qui sera forcément incomplète, ou bien à poursuivre son intervention jusque dans le poumon. Meslay (28) rapporte un cas assez curieux qui se rapproche absolument de celui-ci. Il en diffère en ce sens que la fistule broncho-cutanée s'établit spontanément, la peau, amincie, s'étant déchirée un jour sous l'influence d'un effort de toux.

Tumeurs de la plèvre et du poumon.

Si l'on en excepte les kystes hydatiques et l'actinomycose du poumon (qui est très rare), les tumeurs pleurales et pulmonaires ne sont que très exceptionnellement primitives. Le chirurgien n'aura

donc guère — pour ne point dire jamais — l'occasion d'intervenir dans de semblables circonstances, excepté dans les cas de propagation directe de tumeurs siégeant à la paroi thoracique. J'ai signalé la chose à propos de ces tumeurs.

D'ailleurs, dans le cancer primitif de la plèvre ou du poumon, si l'affection en est au début, encore limitée, elle passera le plus souvent inaperçue; dans le cas contraire, je crois inutile d'insister sur les raisons qui rendraient toute tentative d'opération radicale injustifiable.

L'actinomycose a été rencontrée, par hasard, dans le poumon. Karewski (29) en rapporte un cas. La paroi thoracique et le segment pulmonaire malade furent réséqués. Le malade guérit.

Les kystes hydatiques primitifs de la plèvre sont aussi très peu fréquents, et le diagnostic en est fort difficile. Les symptômes sont ceux de la pleurésie, mais étant donné qu'ils s'accompagnent de peu ou point de réaction, ils peuvent passer fort longtemps inaperçus, si longtemps, que le kyste, en raison de son accroissement, a pu venir faire une hernie à la paroi thoracique avant que l'on en eût soupçonné l'existence.

Lorsque les malades se plaignent, la présence de liquide dans la cavité pleurale peut être évidemment reconnue et, dans ce cas, une ponction exploratrice lèvera les doutes sur la nature de la collection. Au surplus, la question de savoir si un kyste hydatique s'est primitivement développé dans la plèvre ou s'il y a fait irruption secondairement — son point de départ se trouvant dans le tissu pulmonaire — n'a qu'une médiocre importance en ce qui regarde le traitement à appliquer. Ils peuvent déterminer tous deux les mêmes accidents et se comporter de la même façon, c'est-à-dire rester intacts ou se rompre soit dans la plèvre, soit dans les bronches, parfois des deux côtés.

Si, en dépit des difficultés du diagnostic, le kyste a pu être reconnu avant sa rupture, il faut intervenir sans tarder, et la pneumotomie est la seule opération à laquelle il faille avoir recours. Ici, non seulement la ponction est un moyen illusoire, mais c'est un moyen dangereux, puisqu'il peut entraîner la rupture de la poche kystique et que le malade est ainsi exposé à tous les accidents auxquels cette rupture peut donner lieu.

D'après Pasquier (30), le traitement des kystes hydatiques du poumon par la ponction donnerait 64 °/₀ de mortalité, tandis que la pneumotomie aurait à son actif 85 °/₀ de guérisons. Cette statistique est concordante, à peu de chose près, avec celle fournie par

d'autres chirurgiens. Cela suffit donc à trancher la question. On fera donc une thoracoplastie temporaire et l'on abordera directement la tumeur à travers le tissu pulmonaire.

Il est nécessaire que je touche incidemment ici à une question de technique chirurgicale, puisqu'il est question de pneumotomie.

Nous avons vu, en effet, à propos des difficultés du diagnostic, que la recherche des adhérences pleurales avait toujours préoccupé un grand nombre de chirurgiens. C'est que, si des adhérences n'existent pas, on est exposé chaque fois que l'on ouvre la plèvre à voir se produire un pneumothorax, ce qui est un accident qui peut avoir les plus funestes conséquences. Mais que penser de la fréquence de cet accident?

Assurément, lorsqu'un poumon tout entier cesse brusquement de fonctionner, il doit se produire des troubles respiratoires et circulatoires intenses; mais une semblable éventualité suppose une cavité pleurale sinon tout à fait libre, du moins à peu près indemne d'adhérences. Or la chose doit être bien rare dans les affections de la plèvre et du poumon. Pour ma part, chaque fois que j'ai ouvert la plèvre dans un cas d'affection pleurale ou pulmonaire, j'ai constaté que des adhérences très suffisantes existaient pour éloigner toute crainte de pneumothorax total. Le pneumothorax partiel n'est pas bien grave. Il n'en est pas moins vrai que si la plèvre est tout à fait saine, le danger est grand, et le cas peut se rencontrer. Où il sera fréquent, c'est dans les interventions après un traumatisme, parce qu'alors des adhérences n'auront pas encore eu le temps de se former.

Je pense bien que tout le monde est d'accord sur le danger du pneumothorax total; et l'on comprend les efforts accomplis pour arriver à résoudre ces deux problèmes :

1° Diagnostiquer la présence des adhérences;

2° En créer si elles n'existent pas.

Je ne reviendrai plus sur le premier point; quant au second, je pense que le seul moyen pratique en pareil cas, c'est d'attirer vivement le poumon dans la brèche pleurale et de l'y fixer par une couronne de sutures à l'exemple de Roux (de Lausanne), ce qui a pour second avantage d'isoler le reste de la cavité pleurale et de la préserver des liquides septiques qui pourraient s'y écouler après la pneumotomie (31). Seulement, la manœuvre n'est pas facile. Quant aux moyens destinés à produire des adhérences plusieurs jours avant l'opération par des caustiques ou d'autres procédés semblables, ils sont du domaine de la chirurgie préhistorique, pour

beaucoup de raisons sur lesquelles il est, je crois, inutile d'insister.

Certains auteurs (Quenu, Longuet, Tuffier, entre autres) ont pensé qu'il serait possible de parer à la production éventuelle du pneumothorax en faisant préalablement la trachéotomie ou le tubage et en injectant de l'air sous pression dans l'appareil au cours de l'opération. D'autres ont proposé de placer la tête du malade dans une manière de casque comme celui des scaphandriers où circulerait de l'air sous pression. Tout cela paraît bien théorique, et je ne pense pas d'ailleurs que le procédé ait jamais rendu quelque service.

Dans le cas particulier qui nous occupe, si l'on est forcé de recourir à la manœuvre de Roux, il faudra avoir soin de ne pas entamer avec l'aiguille la paroi propre du kyste. Celui-ci mis à nu, on essayera de l'énucléer, et, si l'on ne peut y parvenir, on l'incisera, on le nettoyera minutieusement et l'on drainera après avoir suturé les bords de la poche kystique aux bords de la plèvre pariétale. Je ne sais si la méthode de Delbet, qui a donné de si heureux résultats dans le traitement des kystes hydatiques, a déjà été appliquée au poumon. Peut-être serait-elle ici quelque peu malaisée à suivre. Il semble toutefois que, le cas échéant, on devrait se rappeler les succès nombreux dus actuellement au capitonnage.

Lorsque le kyste hydatique se rompt, soit spontanément, soit à la suite de ponctions pratiquées dans un but curatif, le pronostic est bien moins bon que dans le cas précédent, parce que cette rupture — qu'elle ait lieu dans les bronches ou qu'elle se fasse dans la cavité pleurale — détermine des accidents parfois très graves, auxquels il n'est pas commode de parer.

L'ouverture dans les bronches peut amener la guérison. On fera sagement tout de même de ne pas trop compter sur cette heureuse mais exceptionnelle terminaison ; de bien se souvenir que la cavité occupée par la poche kystique est sujette à s'infecter et que, d'autre part, des hémoptysies redoutables, souvent mortelles, ont été signalées dans ces cas. La perspective de semblables accidents constitue pour le chirurgien prudent une indication opératoire nette et rapide. Seulement, ici se présente un point souvent délicat : Au point de vue clinique, Tuffier (32) insiste beaucoup sur la difficulté extrême du diagnostic entre un kyste du foie ouvert dans les bronches et un kyste du poumon. « En pareil cas, dit-il, c'est vers le foie qu'il faut d'abord diriger l'opération. » Cela est assez rationnel, mais on conviendra que la gravité de cette opération s'en ressente quelque peu. Si le foie est intact, on aura fait une

recherche qui n'expose guère les jours du malade, c'est possible, mais qui, tout au moins, fait perdre du temps, ainsi que cela est arrivé à Tuffier dans le cas à propos duquel il émet cette réflexion.

Le siège pulmonaire bien reconnu, à quelle intervention aura-t-on recours? Une seule est possible : la pneumotomie, grâce à laquelle on pourra nettoyer, désinfecter et tamponner (en cas d'hémorragie) la cavité kystique.

Si le kyste s'ouvre dans la plèvre, les accidents qui s'ensuivent ne sont pas moins graves, au contraire. Ils sont semblables, d'ailleurs, aux précédents, mais se compliquent de pneumothorax, ce qui n'est pas fait pour en diminuer l'importance. Ici encore il faut aller directement au poumon, et l'on pourra parfois arriver assez facilement à la cavité du kyste par la déchirure qui s'est effectuée dans le parenchyme du viscère. On établira le drainage par cet orifice agrandi.

Il convient de signaler que dans le cas de rupture du kyste hydatique dans la plèvre, on s'est contenté de pratiquer la pleurotomie, et avec succès. Le procédé n'en est pas moins peu recommandable.

Avant d'abandonner ce chapitre des kystes hydatiques du poumon, rappelons que certains kystes hydatiques du foie, les kystes sous-diaphragmatiques profondément situés, doivent être cités ici. La meilleure voie pour les aborder est, en effet, la voie transpleurale. Leur traitement, bien que l'affection ne se rattache pas aux affections de la plèvre et du poumon, emprunte donc pour une part les données techniques particulières à la chirurgie de la plèvre.

Collections cavitaires du poumon.

J'ai groupé sous le nom de « collections cavitaires du poumon » des affections manifestement dissemblables. Au point de vue chirurgical, — le seul que nous ayons à considérer ici, — cette classification se justifie, parce que ces maladies réclament une opération identique : la pneumotomie.

Pathologiquement, il existe une différence essentielle entre un abcès consécutif à une pneumonie, par exemple, et une caverne tuberculeuse. Mais vienne le moment où le médecin constate l'inutilité de ses efforts, dans l'un et l'autre cas le chirurgien peut intervenir encore; non pour enrayer le mal en s'attaquant à ses causes, mais dans le but de donner issue aux produits contenus dans une cavité septique; d'empêcher ces matières d'y séjourner à

nouveau; de soustraire ainsi l'organisme à leur influence pernicieuse; de favoriser enfin par différents procédés l'affaissement de la cavité et la cicatrisation de ses parois. Le procédé chirurgical ne variera point, ou très peu; seules les indications seront différentes.

Nous examinerons donc successivement: les abcès du poumon, les dilatations bronchiques, la gangrène pulmonaire et les cavernes tuberculeuses. Cette étude sera forcément assez courte: les observations qui ont été publiées à ce sujet ne sont pas excessivement nombreuses, elles offrent aussi peu de variété.

C'est surtout le manuel opératoire qui a fait l'objet de quelques travaux importants. J'ai déjà dit pour quelles raisons je me dispensais d'aborder cette partie du sujet, mise si parfaitement au point par Terrier et Reymond, et cela trop récemment pour qu'il me soit possible de trouver grand'chose à y ajouter.

Abcès du poumon.

Le traitement opératoire des abcès du poumon s'est implanté sans trop de difficultés; l'idée de vider un abcès — quelque part qu'il soit situé — est tellement naturelle et si légitime qu'elle ne pouvait pas rencontrer beaucoup d'opposants. J'ajoute que les résultats de l'intervention, même au début, ont été généralement favorables.

Cependant on constate à ce point de vue des écarts parfois considérables dans les résultats fournis par les différentes statistiques. Cela tient surtout aux grandes difficultés que présente généralement le diagnostic de l'abcès du poumon. J'ai déjà signalé le fait, mais c'est ici le moment de le rappeler.

Nombre de fois, de vastes cavernes bronchiques ont été confondues avec des abcès pulmonaires. Or les résultats opératoires sont beaucoup moins favorables dans le traitement opératoire de la bronchiectasie. La pleurésie interlobaire aura été confondue plus d'une fois aussi avec l'abcès du poumon, mais dans ce cas la statistique n'en aura pas été assombrie. Au surplus, cette grande difficulté du diagnostic n'a pas une importance énorme, puisque la plupart des lésions avec lesquelles l'erreur peut se commettre sont elles-mêmes justiciables de la pneumotomie. Du moment que des signes cliniques suffisants pour intervenir existent, l'important est de déterminer le plus exactement possible le siège du mal.

Ce qui exerce une influence spéciale sur les résultats du traitement chirurgical dans l'abcès pulmonaire, c'est la nature de la

maladie, cause déterminante de l'accident. Quand celui-ci est consécutif à des phénomènes infectieux, le pronostic est généralement mauvais (excepté dans la fièvre typhoïde).

Chez nous, Thiriar est un des premiers — sinon le premier — qui pratiqua la pneumotomie dans un cas de large excavation pulmonaire (33). Reclus (34), dans son rapport au Congrès français de chirurgie en 1895, note vingt-trois observations de pneumotomie pour abcès pulmonaires avec vingt guérisons

Morillon (35), dans sa thèse, parle de vingt-cinq guérisons sur un total de quarante-deux cas.

Hadra (36), Bobroff (37), Morelli (38), Riedel (39) et beaucoup d'autres chirurgiens ont publié des observations intéressantes.

L'intervention est chose actuellement bien réglée : la ponction semble ne plus avoir que de rares adeptes. Je dois signaler ici toutefois que l'accord est moins parfait en ce qui concerne le premier temps de la pneumotomie, la brèche à pratiquer dans les parois thoraciques. Les uns se déclarent partisans d'un lambeau pleuro-ostéo-cutané, d'un volet à rabattre après l'intervention pulmonaire. Cela ne paraît guère pratique, sinon dans les cas d'abcès de petit volume et quand on a l'espoir d'obtenir une guérison sans drainage, ce qui est bien rare. D'autres font la résection costale. C'est, je pense, la méthode la plus rationnelle. Le drainage, qui presque toujours est indispensable, en sera beaucoup facilité, et l'affaissement d'un segment de la cage thoracique qui suit cette opération ne peut être que très utile et concourir à l'accolement des parois du foyer pulmonaire. Il va sans dire que l'importance de la résection se mesurera aux dimensions de ce foyer. Ce que je dis ici au sujet des abcès, peut s'appliquer à la pneumotomie pour toutes les lésions cavitaires du poumon.

Malbot (40) toutefois prétend encore qu'il est fort inutile de pratiquer la thoracoplastie. Il estime qu'une simple pleurotomie est suffisante pour atteindre et traiter convenablement les cavités, et il cite plusieurs exemples d'affections pulmonaires opérées et guéries de la sorte. C'est une opinion, mais peu de chirurgiens la partagent, et certes on comprend mal le bénéfice de cette manière de procéder. Que la chose soit possible, cela ne fait pas l'ombre d'un doute, mais pourquoi se priver des avantages de la vue et d'une technique beaucoup plus facile dans le seul but de faire l'économie de deux ou trois morceaux de côtes, ce qui est dans tous les cas sans nul inconvénient ? Faire la pleurotomie équivaut presque à se contenter de la ponction, abandonnée par tous — ou peu s'en faut.

Bronchiectasie.

Le traitement opératoire de la bronchiectasie ne fournit guère de résultats aussi heureux que le traitement de l'abcès du poumon. La guérison est beaucoup plus rare. Non seulement la mortalité est plus considérable, mais le succès n'est dans beaucoup de cas que partiel. Les statistiques de Roswel Park, de Lopez, de Richerolle ne sont guère consolantes; celle de d'Azincourt, parue en 1896, est meilleure, mais la guérison de plusieurs des malades, dont il rapporte le cas, paraît discutable (1).

Il faut encore ici tenir grand compte des conditions dans lesquelles le chirurgien se trouve placé. Les dilatations uniques, sacciformes, communiquant malaisément avec la bronche, peuvent être traitées avec succès; les bronchiectasies disséminées ne sont pas justiciables de la chirurgie; les dilatations en chapelet se prêtent peu à un traitement opératoire. Si l'état général du malade est mauvais, il est de règle de s'abstenir, à moins que la plèvre et l'état cachectique ne soient précisément la conséquence d'une abondante suppuration se faisant au niveau d'une grande poche bronchique, le reste de l'appareil pulmonaire étant en bon état.

En somme, par l'intervention chirurgicale, on aura dans la bronchiectasie d'autant plus de chances d'espérer une issue satisfaisante que la maladie se rapprochera dans ses différentes manifestations de celles de l'abcès pulmonaire.

Lorsque la guérison semble obtenue, plusieurs chirurgiens pensent qu'il y a bénéfice à maintenir ouverte une fistule bronchique, qui souvent ne demande qu'à persister. De fait, en plusieurs cas où l'on provoqua l'occlusion de cette fistule, dans d'autres où elle s'obtura spontanément, tous les symptômes réapparurent au bout d'un certain temps. Seulement, il n'est pas possible aujourd'hui d'affirmer avec certitude quelque chose à ce sujet. Les faits sont encore trop peu nombreux; les conditions dans lesquelles on a opéré sont trop variables.

Gangrène pulmonaire.

Il ne peut être question de recourir au traitement chirurgical dans la gangrène pulmonaire que si la lésion est bien localisée, et le résultat sera surtout favorable dans les cas où la gangrène

succède à une maladie inflammatoire du poumon. Le résultat sera meilleur aussi — comme pour la bronchiectasie et l'abcès — en cas de foyers vastes, uniques ou rares.

Les foyers gangreneux sont, le plus souvent, situés à la base de l'organe, et la cavité pleurale est fréquemment protégée par des adhérences qui, si elles ne se trouvent pas toujours au point correspondant à la partie gangrenée, existent dans le voisinage; néanmoins ces adhérences peuvent manquer. C'est là une condition fâcheuse au point de vue du succès final, car l'épanchement des liquides putrides dans la plèvre donne lieu aux accidents les plus graves. A ce propos, je signalerai encore le danger d'avoir recours à la simple pleurotomie et les avantages d'une large résection costale, qui permet de se rendre compte de la situation, de parer aux accidents du pneumo thorax, si les adhérences n'existent pas et d'en créer alors immédiatement avant d'inciser le poumon.

Est-il nécessaire de dire que, en cas de gangrène, le nettoyage minutieux de la poche, le curettage prudent, le drainage large et soigné sont indispensables; que les lavages, presque toujours mauvais, sont ici à rejeter absolument?

D'une façon générale, la pneumotomie dans la gangrène pulmonaire donne des résultats peu encourageants; mais, je le répète, quand la lésion est limitée, et surtout dans les cas aigus, l'intervention se justifie pleinement. On lui doit pas mal de guérisons inespérées, et les traitements médicaux sont impuissants, ou à peu près, il ne faut pas l'oublier.

Au surplus, les derniers résultats obtenus semblent meilleurs. Villière, dans une thèse récente, conclut de sa statistique que le traitement médical donne 80 °/₀ de léthalité, et qu'avec le traitement chirurgical on voit ce chiffre s'abaisser à 40 °/₀ (1). Ces chiffres s'amélioreront encore quand on tardera moins à faire appel au bistouri. Combien de malades reçoivent pendant des semaines des soins inefficaces avant d'être mis dans les mains du chirurgien! L'infection a tout le temps alors de déposer dans les viscères des germes d'abcès métastatiques, la gangrène limitée au début se diffuse; ou bien l'état général devient si mauvais que l'organisme n'est plus en état de supporter le choc d'une intervention!

La gangrène pulmonaire peut reconnaître pour cause une affection inflammatoire du poumon. Ce sont, je l'ai dit, les cas les plus favorables. On la rencontre encore consécutive à la bronchiectasie, à la présence de corps étrangers, à des embolies, à des plaies de poitrine, à des perforations de l'œsophage.

Bramwel Byrom et Cotteril (41) signalent deux cas très intéressants dans lesquels des lésions de gangrène pulmonaire avaient été causées par un ulcère gastrique ayant contracté des adhérences avec le diaphragme. Au-dessus de celui-ci s'était formée une cavité purulente ayant ulcéré le poumon et déterminé un foyer de gangrène.

Cavernes tuberculeuses.

L'idée de traiter chirurgicalement les cavernes tuberculeuses est venue naturellement et depuis longtemps à beaucoup de chirurgiens. Il est incontestable que la seule présence d'une caverne chez le tuberculeux constitue pour lui un réel danger et concourt largement à la déchéance de son organisme. Supprimer cette cause de déchéance en supprimant le foyer d'infection c'est rationnel, et c'est placer l'économie dans des conditions bien meilleures de résistance vis-à-vis des autres manifestations tuberculeuses. Seulement, il est aisé de comprendre dans quelle mesure il faudra tenir compte de l'état général du malade, si l'on se décidait à traiter chirurgicalement une caverne tuberculeuse; dans quelle proportion il faudra tenir compte encore de l'état dans lequel se trouvent les différentes régions de l'appareil pulmonaire! Les seuls cas dans lesquels on peut être autorisé à intervenir sont les cas de cavernes de dimensions moyennes, surtout si elles sont situées à la base, lorsque l'on a d'excellentes raisons de croire que le reste du poumon et l'autre poumon sont sains, et chez un malade solide, résistant, susceptible de soutenir victorieusement la lutte contre une infection dont les efforts s'épuisent en somme dans une manifestation très localisée et beaucoup plus redoutable par elle-même que par les causes qui l'ont engendrée. Encore peut-on se demander si, dans un cas aussi favorable, il ne serait pas plus sage de compter sur les ressources naturelles, parfois si puissantes de l'organisme, et sur les bienfaits d'une hygiène intelligemment comprise que sur une intervention chirurgicale si rationnelle qu'elle paraisse et si bien conduite qu'elle puisse être.

Il faut encore tenir compte de ceci : « le drainage pur et simple d'une cavité pulmonaire tuberculeuse, dit Tuffier, n'est pas plus efficace que le drainage de toute autre collection tuberculeuse d'ordre chirurgical ».

Et, en effet, pourquoi serait-il plus efficace?

Personnellement, j'estime que la pneumotomie appliquée aux

cavernes tuberculeuses ne pourrait se justifier que moyennant deux conditions :

1° La possibilité de rendre la caverne complètement aseptique et la certitude de détruire tout élément tuberculeux;

2° Le pouvoir de diagnostiquer, d'une façon absolument sûre. l'intégrité parfaite du parenchyme pulmonaire restant.

Or ces deux conditions sont, dans l'état actuel de la science, impossibles à réaliser, et la seule opération qui me paraisse recommandable, c'est — dans les cas de caverne persistante, chez un malade dont l'état général est bon et qui semble ne voir sa guérison retardée que du seul fait de la présence de cette caverne — une opération d'Esländer, qui, en provoquant l'affaissement de la paroi thoracique, pourrait amener la rétraction et la cicatrisation de la cavité. Au moins cette intervention, si elle restait sans effet, serait-elle aussi sans danger.

Quoi qu'il en soit, la pneumotomie en cas de cavernes tuberculeuses, la cautérisation et le drainage de la cavité ont été souvent tentés. Les résultats sont déplorables, il faut en convenir, et il suffit pour s'en assurer de lire les observations et les statistiques publiées sur ce sujet.

Cependant Sonnenburg (42) rapporte un cas de guérison parfaite et indiscutable; Kurz (43) cite aussi une observation personnelle des plus intéressantes, d'un malade se rétablissant complètement et qui mourut cinq ans plus tard de tuberculose aiguë.

Tuberculose pulmonaire.

Nous venons de voir ce qu'il faut penser du traitement chirurgical des cavernes tuberculeuses du poumon. Abordons maintenant la pneumectomie, car on pense bien que l'idée de traiter un foyer local de tuberculose pulmonaire comme n'importe quel autre foyer tuberculeux a dû venir à l'esprit de chacun et devait être mise à exécution quelque jour.

C'est Block, un chirurgien allemand, qui, je pense, pratiqua le premier la résection des sommets du poumon chez une jeune fille. Le résultat ne se fit pas attendre : son opérée mourut le jour même. Block, découragé par cette aventure dont il aurait bien dû prévoir l'issue, s'enleva la vie à son tour, par un procédé moins chirurgical, mais plus pratique. Il eut cependant des imitateurs — du moins pour la première partie du programme — et ils eurent

plus de chance que lui. On s'était entretemps livré à de nombreuses expériences sur les animaux et la technique opératoire s'en était bien améliorée.

Il est, je crois, inutile de rappeler ici l'habile opération faite par Tuffier en 1891. Il réséqua le sommet droit chez un jeune homme de 19 ans. Le malade guérit et l'opérateur le représenta en excellente santé, quatre ans plus tard, au Congrès de chirurgie de Paris (44).

Depuis on a fait la résection pulmonaire plus d'une fois avec des résultats très variables, mais plutôt mauvais en général. Cependant des chirurgiens restent très convaincus de l'utilité et de l'efficacité de l'opération. Norman Porritt (45) croit que c'est le traitement d'avenir de la tuberculose au début; Salomoni (46) préconise aussi la résection pulmonaire. C'est encore la façon de voir de Pyle (47).

On ne peut jamais rien préjuger de l'avenir. Je ne pense pas cependant que la pneumectomie dans les cas de tuberculose devienne jamais une intervention bien pratique. Quant à y recourir actuellement, c'est une opinion à peine défendable. Car de deux choses l'une, ou bien la tuberculose n'est pas limitée au sommet (et nos moyens de diagnostic ne nous permettent pas de délimiter exactement l'étendue d'un foyer de tuberculose pulmonaire), et dans ce cas l'opération que l'on aura faite deviendra inutile; ou bien le mal est limité et alors on peut attendre un résultat tout aussi bon et qui n'expose à aucun danger par un traitement médical bien compris.

Le succès de Tuffier est remarquable, mais je crois qu'un médecin l'eût obtenu à moins de frais.

Pour la bonne renommée de notre art, si noble et si bienfaisant, la chirurgie ne doit jamais sortir de son rôle pratique. Toute opération qui touche au domaine de la fantaisie — fût-elle exécutée le plus brillamment du monde — ne se justifie pas.

RÉSUMÉ.

I. — Beaucoup d'affections de la plèvre et du poumon — jadis incurables — bénéficient largement aujourd'hui de la chirurgie. Citons entre autres la *pleurésie purulente* sous toutes ses formes et avec toutes ses complications; les *lésions traumatiques* et cer-

taines *tumeurs* de la plèvre et du poumon; les *collections cavitaires* du poumon en général et les *abcès* en particulier.

II. — Le diagnostic exact des affections de la plèvre et du poumon est souvent entouré de très grandes difficultés.

Parmi les moyens de diagnostic les plus précieux, il faut citer la *radiographie*. On peut affirmer que les progrès journaliers de cette utile découverte vont accroître, avant peu, son importance déjà grande.

III. — Il ressort des nombreux travaux et de toutes les observations réunies jusqu'à ce jour, qu'en chirurgie pleuro-pulmonaire les procédés timides ne valent rien. Une fois le plan opératoire bien arrêté, on trouvera toujours de grands avantages à de larges interventions.

D'une façon générale, un bon drainage, par les moyens les plus simples, est indispensable en cas de lésions non aseptiques. D'une façon générale aussi — dans les mêmes circonstances — les lavages doivent être proscrits.

IV. — La pneumopexie immédiate est le procédé le plus recommandable à appliquer, quand les adhérences pleurales font défaut, pour éviter les dangers du pneumothorax total.

V. — Excepté dans quelques cas très rares de lésions cavitaires, l'intervention chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire est une opération qui — actuellement — ne se justifie pas.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(1) *Terrier* et *Reymond*. Chirurgie de la plèvre et du poumon, 1899.

(2) *Sapiejko*. Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire avec le diagnostic des adhérences pleurales. (Rev. chirurg., Paris, juillet 1899.)

(3) *Dutar*. Des difficultés du diagnostic dans les lésions pulmonaires au point de vue du traitement chirurgical. (Thèse, Paris, 1899.)

(4) *Pierre Delbet*. (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 6 mars 1900, p. 244.)

(5) *Tuffier*. (Id., p. 248.)

(6) *Godlee Rickman*. A clinical lecture on pulmonary abcess. (Brit. med. Journ., 4 janvier 1899.)

(7) *De Jaegher*. Les rayons Röntgen et la pleurésie interlobaire. (Thèse de Nancy, 1899.)

(8) *Siromahoff*. Radio-diagnostic du thorax. (Thèse de Montpellier, 1899.)

(9) *Ricquet Pierre*. (Thèse de Bordeaux, 1899.)

(10) *Hartley*. Thoracoplasty for Sarcoma of the chest wall, 1899.

(11) *Michaux*. De l'intervention chirurgicale immédiate dans les plaies de la poitrine par balle de revolver. (Congr. de Chir., Paris, 22 octobre 1895.)

(12) *James-S. Warrach*. A case of tooth impacted in the left branchus; gangrene of the left lung; death. (Brit. med. Journ., 18 février 1899.)

(13) *Sevestre*. Effet des corps étrangers dans les bronches. (Brit. med. Journ., 4 janvier 1899.)

(13bis) *Gerhardt*. Ein Fall von Typhusempyem mit spontaner Resorption. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. Chir., Bd V, L. 1, 1899.)

(14) *Lacoste*. De l'évacuation totale de la plèvre dans les grands épanchements. (Thèse de Paris, 1899.)

(15) *A. Gallet*. La pleurotomie antiseptique et l'opération d'Estländer. (Thèse de Bruxelles, 1889.)

(16) *Gallet*. Contribution au traitement chirurgical de la pleurésie purulente. (Bull. de la Soc. des sciences médic. et natur. de Bruxelles, 1899, n° 5.)

(17) Service chirurgical du Dr Gallet, 1896, p. 112.

(18) *Lambotte*. Contribution à l'étude de la pleurésie purulente. (Ann. de la Soc. belge de chirurg., 1894.)

(19) *Jordan*. Erfahrung über die Schede'sche Thoracoplastie. (Congrès all. de chirurgie, 1898.)

(20) *Duplay*. Des fistules pleurales succédant à l'empyème. (Clin. chir., Hôtel-Dieu, 1898.)

(21) *Thiel*. Zur Behandlung alter Empyema. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir., 1898.)

(22) *Beck*. Zur Behandlung des Pyothorax. (Berl. klin. Wochenschrift, 1898.)

(23) *Perthes*. Ueber ein neues Verfahren zur Nachbehandlung der Operation des Empyems und zur Beseitigung des Pneumothorax, sofern er auf einem Defekt der Thoraxwand bericht. (XXVIIe Congrès all. de chir., 1898.)

(24) *Révillod*. Traitement de la pleurésie purulente par le syphon. (Sem. médic., 1898.)

(25) *Eug. Rochard*. Topographie des scissures interlobaires du poumon. (Gaz. des hôp., 1892.)

(26) *Bardaroff*. Abcès froids du thorax. (Thèse de Nancy, 1899.)

(27) *Gallet*. Service chirurgical, 1896, p. 97.

(28) *Meslay*. Fistules broncho-cutanées spontanées. (Presse médic., Paris, 1899.)

(29) *Karewski*. Beiträge zur Chirurgie der Lunge und der Pleura. (Archiv f. klin. Chir., 1898.)

(30) *Pasquier*. Diagnostic et traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon. (Thèse de Paris, 1899.)

(31) *Roux* (de Lausanne). D'un nouveau procédé applicable aux interventions sur le poumon. (Bull. de la Soc. de chir., Paris, 1891.)

(32) *Tuffier*. Kystes hydatiques du poumon, pneumotomie. (Xe Congrès français de chir., 1896.)

(33) *Thiriar*. Observation de pneumotomie pratiquée pour une large excavation pulmonaire. (Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, 1886.)

(34) *Reclus*. Chirurgie du poumon; rapport présenté au IXe Congrès de chirurgie de Paris, 1895.

(35) *Morillon*. Pneumotomie dans les abcès du poumon. (Thèse de Paris, 1897.)

(36) *Hadra*. Fall von Pneumotomie komplicirt durch Herzverlagerung. (Congrès all. de chir., 1898.)

(37) *Bobroff*. Intervention chirurgicale dans certains cas de pneumonie. (Vratsch, 1898.)

(38) *Morelli, Pasquale*. Ascesso pulmonare, resezione de due costale. Guarizone. (Morgagni, 1898.)

(39) *Riedel*. Zur Casuistic der Lungenchirurgie. (Münch. medic. Wochenschrift, 1898.)

(40) *Malbot*. Chirurgie du poumon dans les cavernes tuberculeuses, les pneumo-

nies grises, les gangrènes et les kystes hydatiques, avec quatre observations personnelles. (Archiv. provinc. de chir., 1898.)

(41) *Branwell Byrom* et *Cotterill*. Remarks on two cases of gangrene of the lung. (Brith. med. Journ., 1899.)

(42) *Sonnenburg*. Operative Behandlung von Lungencavern unter Koch'scher Behandlung. (Congrès all. de chir., 1891.)

(43) *Kurz*. Ein kleiner Beiträge zur Lungenchirurgie. (Wien. med. Presse, 1891.)

(44) *Tuffier*. Résection du sommet du poumon droit pour tuberculose pulmonaire. Présentation du malade quatre ans et deux mois après l'opération. (Congrès de chir., Paris, 1895.)

(45) *Porritt Norman*. A contribution to the surgical treatment of phtisis of the apex. (Lancet, 1898.)

(46) *Salomoni*. Contibutio alla chirurgia pulmonale. (Congr. della Soc. chir., Turin, 1898.)

(47) *Pyle John*. Pneumectomy, the future treatment of incipient pulmonary tuberculoses. (N. Y. med. Journ., 1899.)

Les opérations préliminaires et temporaires dans la chirurgie de la tête et du cou.

SOMMAIRE.

CHAPITRE II.

Hémostase préventive.

CHAPITRE III.

Les suppléances fonctionnelles.

CHAPITRE IV.

Opérations temporaires combinées.

Les opérations préliminaires et temporaires dans la chirurgie de la tête et du cou.

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR M. GALLET.

INTRODUCTION.

Il faut se garder d'élever à la hauteur d'une constante nécessité les opérations préliminaires que l'on pratique dans la chirurgie de la tête et du cou. Indispensables parfois, ces opérations ne rendent souvent service qu'au chirurgien qui peut, grâce à elles, opérer brillamment. Sont-elles toujours exemptes de dangers pour le malade? Non. Dès lors, comme nous repoussons toute intervention qui n'est pas exclusivement utile au patient, nous tenons à déclarer, au début de cette étude, que nous considérons l'occasion de pratiquer ces opérations comme plus rare que certains ne le prétendent.

Et cependant, elles sont multiples et variées, ces opérations préliminaires, et les indications les plus diverses nous les imposent. Nous y avons eu recours à maintes reprises et nous estimons que jusqu'à présent on n'a pas attiré suffisamment l'attention des chirurgiens sur l'ensemble de cette importante question. Nous avons l'intention d'en faire une revue rapide. Nous grouperons avec ordre ces opérations nombreuses dont l'histoire et la description se trouvent dispersées soit dans les traités classiques de chirurgie, soit dans des monographies. Nous décrirons les procédés qui nous sont personnels; nous insisterons sur les procédés peu connus ou nouveaux; nous signalerons les procédés de pratique courante, renvoyant simplement, en ces derniers cas, à des notes bibliographiques qui permettront à nos lecteurs de se renseigner aisément.

Nous diviserons les opérations préliminaires que l'on pratique sur la tête et le cou en trois catégories :

1° Les opérations qui créent une voie temporaire permettant au

chirurgien de pénétrer dans des cavités profondes ou d'atteindre des organes profondément situés. Ces opérations s'adressent au système osseux ou cartilagineux et constituent ce que l'on appelle les « résections temporaires ».

2° Les opérations qui permettent d'opérer sans perdre du sang; elles sont constituées par les ligatures définitives d'artères ou par des moyens propres à arrêter momentanément la circulation artérielle dans le champ opératoire. C'est ce que l'on appelle « l'hémostase préventive ».

3° Les opérations qui, détournant de son fonctionnement un organe ou une portion d'organe, amènent le chirurgien à opérer et à soigner consécutivement son malade sans entraver une fonction organique importante : tels la trachéotomie, le tubage de la glotte, le tubage œsophagien. C'est ce que l'on pourrait appeler les « suppléances fonctionnelles ».

C'est dans cet ordre que nous allons étudier ces diverses opérations, notant simplement au passage leurs indications, sans entrer dans l'examen clinique des cas que nous avons eu l'occasion d'observer et qui légitiment notre opinion, désirant pour le moment nous en tenir principalement à la technique opératoire.

CHAPITRE PREMIER.

Les résections temporaires.

§ I. — Dans la chirurgie de la tête et du cou, la « voie d'accès » à la lésion présente une importance considérable; l'opération qui doit la préparer est souvent plus difficile, plus longue que l'opération principale : ablation de tumeur, ablation de ganglions, etc.

La conformation même et les rapports anatomiques des régions dans lesquelles on intervient, l'esthétique de la face et du cou que l'on a à respecter, expliquent cette difficulté, que n'offrent au chirurgien ni la cavité abdominale ni la cavité thoracique.

Voilà pourquoi l'on s'est préoccupé toujours et l'on se préoccupe plus que jamais de la création de « voies d'accès » vers les cavités céphaliques, bucco-pharyngiennes et cervicales, et voilà pourquoi il n'est peut-être pas sans utilité d'en faire un essai de classification et un tableau d'ensemble.

Ajoutez que l'indication d'intervenir dans un grand nombre de

lésions céphalo-cervicales est actuellement formelle et légitime, et qu'il faut, par conséquent, pouvoir opérer aisément :

1° Dans la cavité crânienne;
2° Dans le fond de la cavité orbitaire;
3° Dans la cavité buccale;
4° Dans la cavité pharyngienne;
5° Dans la cavité rétro-pharyngienne;
6° Dans le larynx;
7° Dans les sinus.

Opérations préliminaires et temporaires que l'on pratique pour intervenir :

1°	Dans la cavité crânienne.	A. Afin d'atteindre le *cerveau*.	Craniectomie (1) temporaire à lambeau ostéo-cutané.
		B. Afin d'atteindre le *ganglion de Gasser*.	*A*. Résection temporaire de l'arcade zygomatique (ablation du ganglion par la voie dite « ptérygoïdienne ») [Rose (2)]. *B*. Par la voie transmaxillaire inférieure [Novaro (3)]. *C*. Résection temporaire de l'os malaire [Horsley (4), Doyen (5), Poirier (6)]. *D*. Craniectomie à lambeau ostéo-cutané [Krause (7), Doyen (8), Hartley (9), Quenu (10)].
	Au niveau de la base du crâne.	A. Afin d'atteindre le *ganglion de Meckel*.	*A*. Résection temporaire de l'os malaire [Losen-Braun-Segond (11).] *B*. Résection temporaire de tout l'os malaire [Scriba (12)]. *C*. Résection temporaire de tout l'os malaire et de la partie supéro-externe de l'antre d'Highmore [Kocher (13)]. *D*. Résection temporaire du maxillaire supérieur (Nussbaum, Billroth) (14).
		B. Afin d'atteindre le *nerf dentaire inférieur*.	Résection temporaire de l'arcade zygomatique [Krönlein (15), Gussenbauer (16), Salzer (17)]. Résection temporaire du maxillaire inférieur [Mikulicz, Ulmann, Rose (18)].

2°	Dans la cavité orbitaire.	Afin d'atteindre le *fond de l'orbite, le sinus ethmoïdal* (dans les cas d'exostose par exemple).	Résection temporaire du maxillaire supérieur.
3°	Dans la cavité buccale.	Afin d'atteindre le *plancher*, les *amygdales*, la *langue*.	Résection temporaire du maxillaire inférieur : *A*. Par le procédé de Sédillot (19). *B*. Par le procédé latéral de Langenbeck (20). *C*. Par le procédé à lambeau quadrilatère à base inférieure de Billroth, de Bœckel, d'Albert (20).
4°	Dans la cavité rétro-pharyngienne.	Afin d'atteindre principalement *l'apophyse basilaire*.	*A*. Rhinectomie temporaire [Ollier (21), Bœckel (22), Rouge (23)]. *B*. Rhinotomie temporaire longitudinale [Kœnig (24)]. *C*. Résection temporaire médiane du palais et du voile [Nélaton (25)]. *D*. Résection temporaire de toute la voûte palatine (procédé à trappe) [Chalot (26)]. *E* Résection temporaire du maxillaire supérieur [Huguier (27)]. *F*. Résection ostéoplastique des deux maxillaires supérieurs [Kocher (28)].
5°	Dans la cavité pharyngienne et rétro-pharyngienne.	Afin d'atteindre les *tumeurs du pharynx*, les *polypes naso-pharyngiens*, etc.	Résection temporaire de l'os hyoïde et incision interthyro-maxillaire
6°	Dans la cavité laryngienne.	Afin d'atteindre les *corps étrangers*, les *tumeurs intraventriculaires* (néoplasmes, tubercules, etc.).	Résection temporaire et médiane du corps thyroïde.
7°	Dans les sinus.	Afin d'atteindre et de mettre à nu les *sinus frontaux, ethmoïdaux, maxillaires*.	Résection temporaire du maxillaire supérieur. Décortication de la face [Bardenheuer (29)]. Rhinotomie temporaire [Gussenbauer (30)].

Déjà, il y a cinquante ans, Sédillot décrivait une résection temporaire typique : la résection du maxillaire inférieur; il l'avait pratiquée afin d'atteindre facilement une tumeur du plancher de la bouche. La technique opératoire en est reproduite dans tous les auteurs (voyez von Winiwarter (°), p. 226).

(°) *Médecine opératoire*, traduction Polis. Liége, 1898.

Aujourd'hui, nous voyons que l'on se dispute la priorité de la craniectomie temporaire et que de nombreux chirurgiens se l'attribuent. On pourrait remonter bien haut dans l'histoire de la chirurgie et trouver des précurseurs à ceux qui, de nos jours, prétendent avoir pratiqué les premiers cette opération. Mais à quoi bon ? Les racines d'une invention s'enfoncent toujours dans le passé plus profondément qu'on ne le croit. La trépanation est préhistorique ; les instruments nécessaires pour la faire et tels que nous les employons encore, sont vieux de plusieurs siècles. Ph. de Walther, il y a bientôt cent ans, explorait la boîte crânienne, réimplantait la rondelle osseuse enlevée par le trépan et obtenait la soudure de son transplant.

Ce qui est intéressant, c'est la marche que l'on a suivie, toujours plus hardie. A notre époque, si remarquable par l'amélioration de la technique opératoire et les progrès de l'intervention locale dans un grand nombre de maladies, la difficulté du diagnostic précis des lésions encéphaliques, malgré les indications que vint fournir la théorie des localisations cérébrales, incita le chirurgien à faire dans le crâne de larges brèches, afin d'y découvrir aisément ces lésions. On multiplia, tout en les agrandissant, les couronnes du trépan et, comme on ne voulait point laisser ces brèches ouvertes, on perfectionna les divers procédés d'occlusion et de réimplantation. Ce n'est plus un timide coup d'œil que l'on se risque à jeter sur le cerveau par l'une des étroites lucarnes de la trépanation, la fenêtre est déjà plus largement ouverte et l'on voit déjà mieux. En 1858, dit Terrier, L. Ollier avait démontré qu'un lambeau ostéo-périostique ou cutanéo-osseux « tenant par un pédicule, » peut servir à la réfection ou à la réparation des pertes de » substance osseuse voisines ». Dès lors, on va voir mieux encore, car on va appliquer bientôt cette propriété du lambeau ostéo-périostique aux larges brèches de la voûte crânienne.

En 1886, Chalot expose la méthode. En 1889, Wagner l'applique à l'homme suivant un procédé qui a conservé son nom. Le procédé de Wagner consiste essentiellement, après avoir décrit un lambeau cutané de forme semi-ampullaire, plus ou moins étendu, et après avoir sectionné de même le périoste, à inciser l'os à l'aide du ciseau et du maillet, suivant la forme du lambeau cutané, à soulever le lambeau osseux avec un élévatoire introduit à son sommet afin de le fracturer à sa base et à le renverser.

La section de l'os au ciseau et au maillet a rencontré de nombreux adversaires; on a reproché à ce procédé d'être brutal et de

produire une véritable commotion cérébrale. Si je m'en rapporte à ma pratique, ce dernier reproche est immérité. J'ai, pendant un certain temps, fait la craniotomie à l'aide du ciseau et du maillet, et je n'ai pas observé, même chez les enfants, les accidents que l'on signale. Si ce procédé doit être délaissé, c'est parce que nous pouvons en employer d'autres plus faciles, plus sûrs, plus rapides, mais j'estime que, le cas échéant, il ne faut pas se laisser entraîner à de vaines craintes, et si l'indication s'en présente, on aura recours (en les donnant méthodiquement, bien entendu) à quelques coups de maillet qui mèneront souvent à bonne fin une opération crânienne.

Apparaissent alors de nombreux procédés qui se compliquent plus les uns que les autres et dont on trouve la nomenclature dans Terrier et Peraire (°). On se sert de la scie, ainsi qu'Ollier l'avait déjà préconisé, de la scie à chaîne (Billroth, Toison, Bruns), de ciseaux spéciaux (tels le craniotome à épaulement de Chipault, le ciseau de Poirier), de pinces, de pinces-gouges (telles la pince de Nélaton, la pince-trépan de Farabeuf, la pince de Collin, la pince emporte-pièce de Lannelongue), on modifie le trépan, on fait usage de scies rotatrices mues à la main, mues au pied, enfin Doyen recommande une instrumentation spéciale que l'on greffe sur un moteur électrique à grande vitesse, de la force d'un cheval-vapeur et même plus. On travaille le crâne, les os, comme on travaille le bois. C'est l'application des recommandations que faisait déjà cet ingénieux Croissant de Garengeot, en 1725 : « Il faut prendre de certaines précautions pour bien exécuter ces sortes d'opérations. Ces précautions sont d'imiter les menuisiers qui, voulant faire une grande ouverture dans un ais mince et facile à éclater, font quelques trous sur cet ais avec un vire-brequin, puis avec un ciseau ils coupent les ponts qui se trouvent entre les trous et obtiennent par cette mécanique la fin qu'ils s'étaient proposée (°°). »

§ II. — La plupart de ces procédés de craniectomie ont été longuement publiés. Quand on en parcourt les descriptions, quand on remonte à l'origine de ces diverses instrumentations, depuis les pinces, les fraises, les mortaiseuses, les ciseaux, jusqu'aux moteurs électriques, — que j'ai vus employés déjà à Washington en 1887, — on songe à cette quantité considérable d'instruments que l'on

(°) *L'opération du trépan*. Paris, 1895, p. 254.
(°°) *Traité des instruments de chirurgie*, t. II, p. 196. Paris, 1725.

invente régulièrement dès qu'est préconisé un mode nouveau d'intervention chirurgicale. Chacun s'ingénie à apporter sa contribution à l'amélioration de la technique opératoire. Il y a quelques années à peine, quand se fixèrent les règles des hystérectomies abdominale et vaginale, notre arsenal fut surchargé. Qui de nous n'a inventé alors, modifié ou amélioré quelque pince? Aujourd'hui tous ces inutiles outils ont été déposés dans les musées et l'on fait une fibrectomie avec quelques bonnes petites pinces de Péan. Je suis convaincu qu'il en sera de même pour la craniectomie. Il n'en faut pas moins rendre justice à ceux qui ont appliqué à la chirurgie crânienne les moteurs électriques et autres. Leur instrumentation peut, en certaines circonstances, rendre des services et, d'autre part, elle a démontré avec quelle hardiesse l'on peut intervenir en ces régions (31).

En chirurgie courante et comme technique applicable à tous les cas, l'instrumentation la plus simple est évidemment la meilleure.

A ce point de vue, je décrirai le procédé de craniectomie que j'emploie couramment et qui me permet d'ouvrir largement la boîte crânienne, par un lambeau ostéo-cutané, en quinze à vingt minutes.

Craniectomie temporaire. — Technique.

1° *Instruments nécessaires.* — Bistouris droits, rugines, pinces à forcipressure (instruments pour l'hémostase du cuir chevelu, suivant les habitudes du chirurgien : aiguille de Reverdin, tenaculum, pinces de Kocher, grandes pinces en T, lien élastique), écarteurs, un foret, un arbre de trépan, des fraises de Doyen (principalement la fraise de 8 ou de 12 millimètres) (fig. 1), une longue sonde à boudin (fig. 2) ou l'un des instruments destinés à passer la scie sous les ponts osseux (de Lauenstein, de Billroth, de Gigli), une douzaine de scies filiformes de Gigli, un élévatoire, un ciseau et un maillet. — Instruments de chirurgie générale : sonde cannelée, ciseaux, etc.

Fig. 1.



Fig. 2.

2° *Préparation du malade.* — Raser de près toute la tête, traiter la tête comme on traite l'abdomen avant la laparotomie. Le malade est dans la position horizontale; la nuque et la tête fixées sur un coussin de sable recouvert de linges aseptiques.

L'opérateur doit pouvoir évoluer autour de la tête du malade, un aide en face de lui, le chloroformisateur sur le côté, au niveau du thorax.

Anesthésie au chloroforme.

3° *Opération.* — Premier temps : Les dimensions de la craniectomie étant bien établies, incision en fer à cheval, décrite d'un trait, la pointe du bistouri pénétrant d'emblée jusqu'à l'os et sectionnant ensemble tégument et périoste. Hémostase (fig. 3).



FIG. 3.

Deuxième temps : Après avoir, à l'aide de la rugine, refoulé le périoste de chaque côté, de façon que l'os soit dénudé sur une largeur de 15 millimètres environ, suivant la ligne de l'incision en fer à cheval, appliquez le foret suivant cette même ligne et, en quatre, cinq ou six points également distants (5 centimètres), entamez l'os. Vous amorcez ainsi la perforation que vous allez achever à la fraise. Vous appliquez celle-ci; manœuvrez-la rapidement. Votre aide arrose de temps en temps, de manière à entraîner la sciure d'os. Dès que la fraise mord la table interne, retirez-la de

temps en temps, plongez le doigt dans l'orifice et sentez si vous êtes sur la dure-mère (fig. 4). Dès lors, arrêtez-vous.

Troisième temps : Votre fraisage est terminé. Glissez dans l'un des orifices la sonde à boudin (fig. 2) et dirigez-en l'extrémité vers l'orifice voisin; vous ne blesserez pas la dure-mère, qui se détache plus facilement qu'on ne le croit généralement; dès que dans cet orifice apparaît l'extrémité de la sonde, saisissez-la à l'aide d'une pince, attachez-y une scie filiforme et ramenez-la. Mettez les

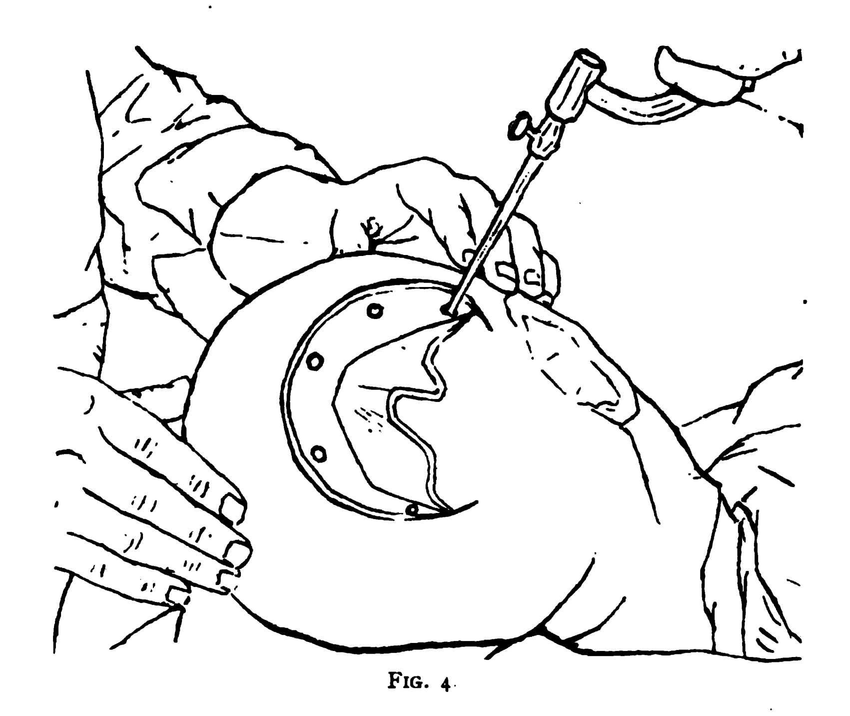


FIG. 4

menottes et sciez en faisant en sorte que votre trait de scie soit biseauté aux dépens du crâne. Renouvelez la manœuvre pour sectionner chaque pont osseux. Changez la scie filiforme à chaque section, sinon, comme elle s'échauffe, elle se cassera (fig. 5).

Quatrième temps : Le lambeau osseux est sectionné. Introduisez, au sommet de ce lambeau, un élévatoire et faites levier; si le lambeau résiste, amorcez la fracture par deux ou trois coups de gouge et de maillet au niveau des deux orifices de la base, dans le sens transversal du lambeau. Renversez le lambeau (fig. 6).

Après incision de la dure-mère et intervention sur le cerveau, il reste à traiter le lambeau ostéo-cutané. On draine ou l'on ne draine

pas. Si l'on ne draine pas, on rabat, après suture de la dure-mère, le lambeau ostéo-cutané qui s'adapte bien, grâce au biseau que l'on ménage du côté du crâne. On suture les téguments au crin de Florence après avoir, si c'est nécessaire, jeté quelques points au catgut sur le périoste. Si l'on draine, on pourra faire sortir le ou les drains par l'un des orifices trépanés; si enfin on traite la lésion

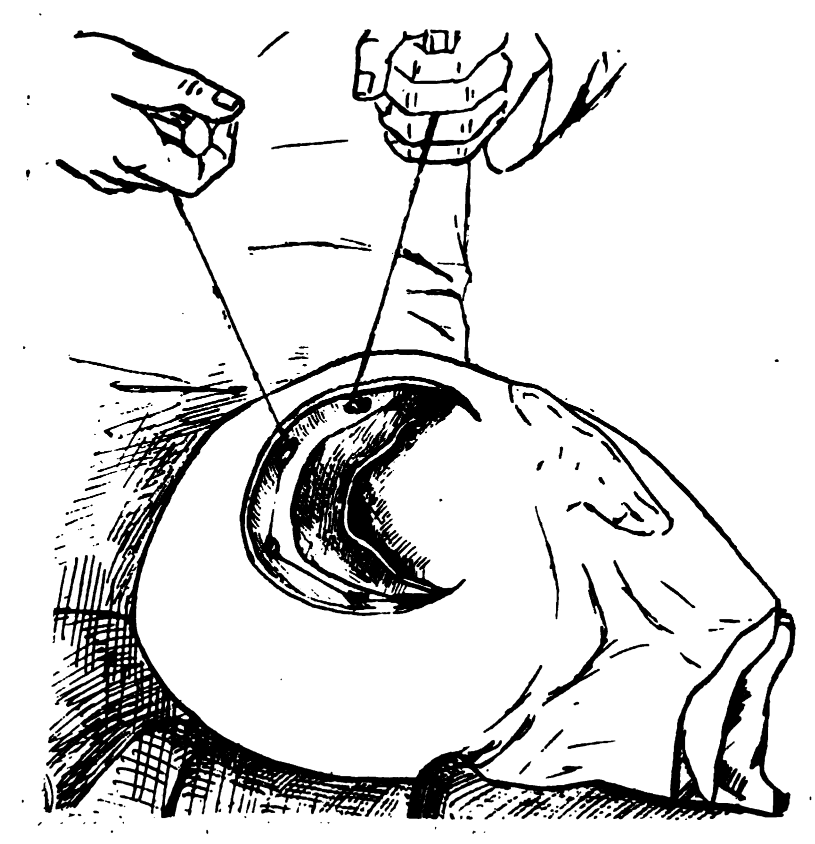


FIG. 5.

cérébrale à ciel ouvert, il faudra réséquer une portion du lambeau osseux y correspondant, afin de pouvoir tamponner cette lésion et la soigner directement.

§ III. — On est généralement d'accord aujourd'hui pour reconnaître que l'ablation du ganglion de Gasser est une opération grave, mais qui a ses très légitimes indications. L'accord est moins géné-

ral au sujet des « voies d'accès » que l'on peut se créer pour pratiquer la résection de ce ganglion. La craniectomie temporaire (procédé temporal) constitue l'une de ces voies d'accès. C'est la voie qu'ont suivie après Horsley, Krause, Hartley et Doyen, bon nombre de chirurgiens.

On a cependant reproché à ce procédé de contusionner le cerveau, de ne fournir que des points de repère difficiles à découvrir, de n'éviter que rarement la blessure de la méningée moyenne. On peut de même pour les autres « voies d'accès » signaler nombre d'avantages à côté de bien des inconvénients. On trouvera, à ce point de vue, en consultant la bibliographie que nous joignons à ce

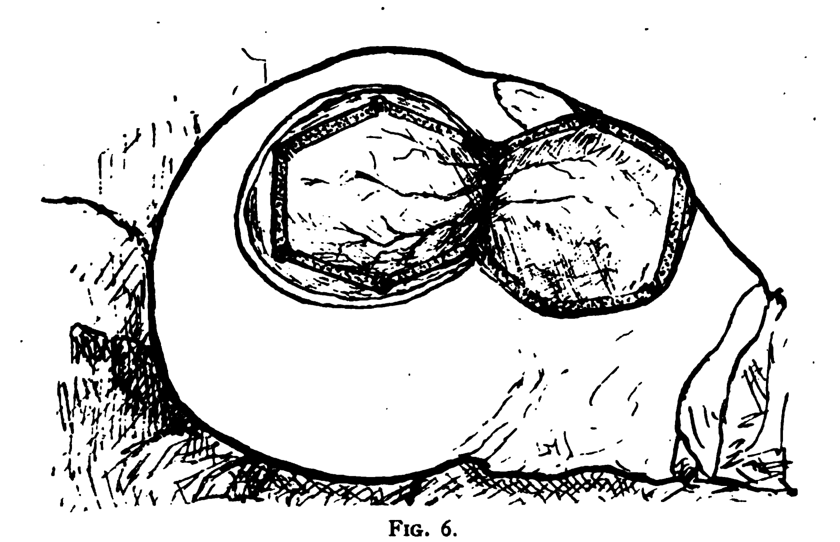


FIG. 6.

travail, tous les renseignements désirables et surtout en consultant le très complet chapitre que consacre à cette question Chipault (32).

Malgré une littérature déjà des plus fournies, il est encore difficile, à mon avis, d'émettre une opinion ferme au sujet de cette technique opératoire. On pourrait recueillir aujourd'hui plus de deux cents observations d'ablation du ganglion de Gasser. Chipault, en 1895, en signalait cinquante. Après en avoir fait l'analyse, après avoir examiné le manuel opératoire suivi, il conclut qu'il faut, et de beaucoup, préférer la craniectomie temporaire (procédé temporal de Krause, de Quenu, etc.) à tous les autres procédés, qui ne peuvent être que des voies d'exception.

Après avoir parcouru les observations publiées jusqu'à présent, j'arrive à la même conclusion. Si, d'autre part, je m'en rapporte

aux recherches que j'ai faites sur le cadavre, j'aboutis encore à cette même conclusion, et je place au-dessus des autres moyens d'accès au ganglion de Gasser, la craniectomie à large lambeau ostéo-cutané utilisée pour la première fois par Horsley. Quoi que l'on ait dit, cette voie permet de voir où l'on va et s'il est vrai que l'hémorragie provoquée par le décollement de la dure-mère vient souvent obscurcir le champ opératoire et arrêter le chirurgien, il ne faut pas oublier qu'il est un moyen de vaincre cet obstacle, c'est de suivre le conseil de Krause : « Pour tarir cette hémorragie en nappe, on interrompt l'opération, on tamponne toute la cavité opératoire avec de la gaze iodoformée et l'on applique un pansement classique. Après quatre ou cinq jours a lieu le second temps opératoire. On enlève le tamponnement avec précaution sous un courant de solution physiologique tiède. L'extraction se fait sans hémorragie. L'opération se continue. » (WINIWARTER, *Médecine opératoire*, traduction Polis, Liége, 1898, p. 245.)

Nous avons également recherché s'il n'était pas possible d'atteindre le ganglion en se créant une large voie par résection temporaire du maxillaire supérieur. Nussbaum, Billroth, Gerster (14) avaient eu recours à ce moyen pour atteindre le ganglion de Meckel. Il est certain que la résection du maxillaire supérieur ouvre une large porte dans la cavité ptérygo-maxillaire (fig. 7). Une fois le lambeau ostéo-cutané rejeté en dehors, une fois l'hémostase bien faite, on découvre la base, surtout si l'on est bien éclairé ou si l'on a recours à un bon éclairage électrique; on trouve sans grande difficulté le trou ovale et, dès lors, comme dans le procédé temporo-basal de Doyen, on peut, après avoir isolé ou sectionné le nerf maxillaire inférieur, ouvrir le crâne par une couronne de trépan, au niveau de la suture sphéno-temporale, contre le trou ovale, et agrandir la brèche à la gouge; on découvre ainsi le sommet du rocher et le ganglion de Gasser.

RÉSECTION TEMPORAIRE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Nombreux procédés : Huguier, Langenbeck, E. Boeckel Roux-Fontan, Winiwarter (qui conseille une modification de l'incision de Dieffenbach), Chalot (*).

(*) Voir pour la littérature et la bibliographie : TERRIER et PERAIRE (*Chirurgie de la face*, p. 23); CHALOT (*Médecine opératoire*, 3e édit., p. 221); WINIWARTER (*Médecine opératoire*, p. 220).

(Page 170*bis*)



FIG. 7.

Comme nous aurons à revenir encore dans d'autres paragraphes sur cette résection temporaire du maxillaire supérieur, nous croyons utile d'en dire un mot, au point de vue technique.

Nous avons suivi le manuel opératoire décrit par Chalot (1886). Seulement, nous croyons que si la section du malaire peut être faite à la scie à chaîne ou à la petite scie droite dans les ablations définitives du maxillaire supérieur, parce que l'on n'a pas, dans ces cas, à respecter le lambeau génio-périostéo-cutané qui est rabattu en bas et en dehors, cette section doit être faite, contrairement à ce que dit Chalot, complètement au ciseau et au maillet dans la résection temporaire, afin de ménager ces tissus périostéo-cutanés qui formeront charnière au moment du renversement de l'os en dehors.

A. *Instruments et soins préliminaires.* — Comme dans la résection définitive.

B. *Opération.* — Premier temps : Incision de Liston (résection définitive), mais sans dénudation de la face antéro-externe; dénudation du plancher de l'orbite.

Deuxième temps : Avec une rugine droite d'Ollier, décoller le périoste et les parties molles adjacentes, en forme de tunnel, sur la face externe de l'os malaire, depuis le rebord orbitaire jusqu'au tubercule malaire (Chalot). Faire au ciseau et au maillet la section de l'os malaire ainsi dégagé, en commençant par le plancher de l'orbite, à l'extrémité antérieure de la fente sphéno-maxillaire. Section de l'apophyse montante à la cisaille, après avoir dépériosté la ligne d'incision.

Troisième et quatrième temps : Section de la voûte palatine au ciseau et au maillet. Disjonction ptérygo-maxillaire à la cisaille ou au ciseau.

Cinquième temps : Saisir avec prudence, de façon à ne rien arracher, la mâchoire de haut en bas, de l'orbite à l'arcade dentaire, à l'aide du davier de Farabœuf et, par quelques secousses légères, abaisser le lambeau ostéo-cutané en bas et en dehors, de manière que les téguments de la région orbito-malaire fassent charnière.

Après l'opération (ablation du ganglion de Gasser, ablation de tumeur, de polypes, etc.), il reste à traiter le lambeau ostéo-cutané. Il sera rabattu avec le plus grand soin. Là où cela sera possible, on fera une suture du périoste au catgut fin, afin de maintenir les parties osseuses bien coaptées; on fera une suture de la peau, à points rapprochés, au crin de Florence; on veillera à faire une bonne antisepsie de la bouche; on nourrira le malade par la sonde œsophagienne pendant au moins une quinzaine de jours. On aura

ainsi de grandes chances d'éviter les accidents que l'on a signalés consécutivement à cette résection temporaire (carie des dents, impotence fonctionnelle et mobilité du maxillaire) (°).

Appliquée à la résection du ganglion de Gasser, la résection temporaire du maxillaire supérieur pourrait, nous semble-t-il, rendre des services dans les cas où l'on a à opérer certains individus de conformation crânienne particulière. Chez les brachycéphales par exemple, la recherche du ganglion de Gasser par la voie temporale (craniectomie temporaire) semble présenter de grosses difficultés. Il faut aller très profondément pour le découvrir, la distance de la paroi crânienne au ganglion étant proportionnellement plus grande que chez les dolichocéphales. On sait que Scriba avait déjà attiré l'attention sur les difficultés que présentent certaines opérations (résections temporaires, etc.), suivant les races auxquelles on a affaire — principalement les Japonais (°°).

Depage (33), d'autre part, dans une observation de résection du ganglion de Gasser, a signalé toute la difficulté qu'il avait eue d'achever son opération en raison de la brachycéphalie de son patient.

Revenons aux « voies d'accès » au ganglion de Gasser et rappelons, pour prouver que l'accord est loin d'être parfait sur ce point, les recherches et les expériences :

1° D'Andrew (1891-1893), qui conclut que le meilleur procédé consiste dans la résection temporaire de l'os malaire et la trépanation de la base du crâne directement en dehors du trou ovale. Cette technique se trouve minutieusement décrite dans Winiwarter (°°°) et dans Chipault (IV). Ce procédé se rapproche singulièrement du procédé préconisé par Rose (voie d'accès dite ptérygoïdienne).

2° De Jacob (V), qui admet également que la voie la plus sûre est la résection temporaire de tout l'os malaire. Son incision commence à un doigt en avant et au-dessus du tragus, se dirige en avant pour atteindre l'apophyse orbitaire externe, en décrivant une courbe à convexité supérieure dont le sommet atteint la hauteur du bord supérieur de l'oreille (fig. 8).

(°) GOGUEL, *De la résection temporaire des os de la face.* Paris, 1875.

(°°) *Deutsche Zeitschrift fur klin. Chirurg.*, 1885. Cité par CHIPAULT, *Chir. opér. du système nerveux,* t. II, p. 458.

(°°°) *Médecine opér.*, trad. Polis, p. 246.

(IV) CHIPAULT, *Chir. opér. du système nerveux,* t. II, p. 633.

(V) *Un procédé de résection du ganglion de Gasser.* (REVUE DE CHIRURGIE, 10 juillet 1899.)

« Cette incision n'intéresse que la peau. Puis l'incision descend le long du rebord externe de l'orbite jusqu'à l'angle inféro-externe, coupant à fond jusqu'à l'os.

» L'opérateur abandonne alors le bistouri pour détacher à la rugine le périoste de la paroi orbitaire externe jusqu'à ce que l'on voie la fente sphéno-maxillaire. Un aide écarte en dedans et protège le globe oculaire.

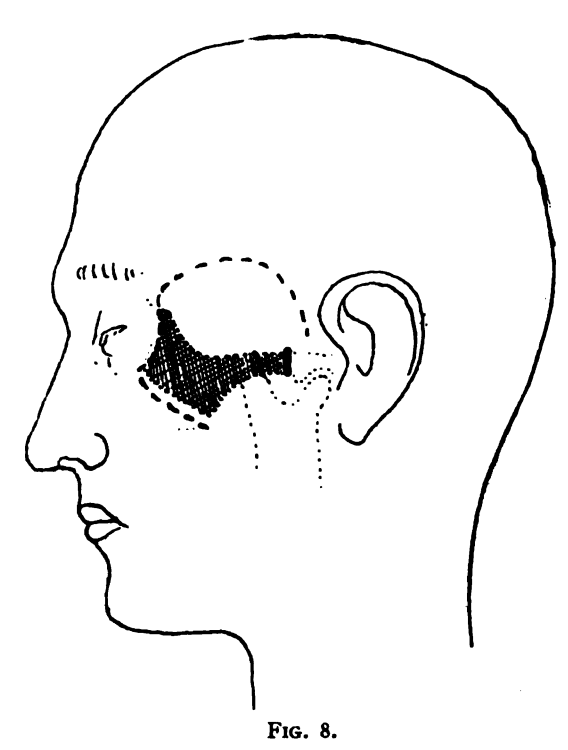


FIG. 8.

La partie quadrillée représente le volet ostéoplastique zygomato-malaire qui sera luxé temporairement en bas et en arrière.

» La fente sphéno-maxillaire étant reconnue, le chirurgien reprend le bistouri. De l'extrémité inférieure de l'incision précédente, il conduit une nouvelle incision coupant obliquement la face externe du malaire, dans la direction de la fente sphéno-maxillaire, et s'arrêtant au niveau du bord inférieur de cet os. On coupe à fond, jusqu'à l'os, les parties molles. Par cette incision, on pratique la section du malaire soit avec la scie à chaîne, soit au ciseau, toujours

dans le plan de la fente sphéno-maxillaire, pour éviter l'ouverture du sinus maxillaire.

» Immédiatement en avant de la racine transverse du zygoma explorée à travers la peau, on fait à fond, jusqu'à l'os, une incision verticale de 1 ½ centimètre environ, pour pouvoir sectionner l'arcade zygomatique avec un petit ciseau.

» Le malaire est encore fixé par son apophyse orbitaire qu'il faut séparer au ciseau de l'apophyse du frontal. On a eu soin auparavant de couper le muscle temporal dans toute l'étendue de l'incision faite à la peau au début de l'opération et de ruginer la fosse temporale. On sectionne ensuite, par quelques coups de ciseau, la paroi externe de l'orbite au niveau de la suture fronto-malaire.

» Saisissant alors le malaire, par son extrémité supérieure, avec le davier de Farabeuf, on luxe en bas et en arrière tout ce volet ostéoplastique. On achève la dénudation de la fosse temporale en bas. Ce temps de l'opération n'est un peu difficile qu'au niveau de la crête qui sépare la fosse temporale du plafond de la fosse ptérygo-maxillaire et sur laquelle s'insère le muscle ptérygoïdien externe. »

Cette « voie d'accès » permet, d'après Jacob, de rechercher et de trouver sans grande difficulté les deux points de repère qui vont permettre d'arriver sur le ganglion : 1° le nerf maxillaire supérieur que l'on suit jusqu'au trou grand rond; 2° la face externe de la base de l'apophyse ptérygoïde qui sépare le trou grand rond du trou ovale et les repère très exactement. C'est sur le prolongement de cette face externe de l'apophyse ptérygoïde, à 1 ½ centimètre environ de la crête, ligne de partage de la fosse ptérygo-maxillaire et de la fosse temporale, qu'il faudra se créer une voie à travers le crâne pour atteindre le ganglion de Gasser. (Voir fig. 7.)

3° D'Albin Lambotte (*Bulletin de la Société de médecine d'Anvers*, mars 1898), qui a essayé sur le cadavre les différents procédés et qui conclut de ses recherches que la technique décrite par Poirier est la meilleure. Le procédé consiste à décrire un lambeau cutané en faisant une incision qui commence sur la tubérosité malaire, monte verticalement sur la face externe de l'os malaire jusqu'à la jonction des apophyses orbitaires du malaire et du frontal, et qui, là, se recourbe pour traverser horizontalement la région temporale et redescendre verticalement dans le sillon préauriculaire jusqu'au tragus (Chalot, *loc. cit.*, p. 123). Après dissection de ce lambeau, on fait la résection temporaire de l'apophyse zygomatique et de la moitié postérieure du malaire, on rabat le lambeau osseux en

dehors, de façon à mettre bien à découvert l'apophyse coronoïde; on sectionne le sommet de l'apophyse coronoïde et l'on relève le temporal. Après avoir dénudé la partie inférieure de la fosse temporale et le plan sphéno-temporal, on recherche le trou ovale et l'émergence du nerf maxillaire inférieur. Au ciseau, on résèque environ 2 centimètres carrés de la partie basse de la fosse temporale et du plan sphéno-temporal, on agrandit l'orifice à la pince-gouge jusqu'au trou ovale que l'on ouvre en dernier lieu. La brèche est ainsi ouverte; il reste à dégager le ganglion de Gasser et à l'extraire.

Pour atteindre le ganglion de Meckel et pour atteindre le nerf dentaire inférieur au niveau du trou ovale, on a principalement eu recours à la résection temporaire de l'os malaire.

Tous les procédés décrits dans ce but ne se distinguent les uns des autres que par des détails qui n'ont pratiquement pas grande importance. On en trouvera la description complète, à laquelle nous n'avons rien à ajouter, dans Chipault, dans Winiwarter, dans Loebker, dans Chalot et dans les auteurs mêmes des procédés. (Voir le tableau, p. 161.)

Signalons en passant la résection du maxillaire inférieur préconisée par Mikulicz pour atteindre la troisième branche du trijumeau au niveau du trou ovale, procédé présenté par Drobnik (18), ainsi que la résection du maxillaire supérieur préconisée par Nussbaum et Billroth pour l'extirpation du ganglion de Meckel (14).

De tous ces procédés, celui décrit par Segond (légère modification du procédé de Lücke et de Lossen-Braun), qui, pour enlever le ganglion de Meckel, pratique une large résection temporaire du malaire, et celui de Salzer (17), qui suit la même voie pour atteindre le dentaire inférieur au niveau du trou ovale, sont, à notre avis, les seuls que l'on puisse adopter comme type de ce genre d'interventions. C'est grâce à ces procédés que l'on accomplit le temps principal, essentiel de l'opération : s'ouvrir une bonne et large voie dans la fosse ptérygo-maxillaire (voie qu'ouvre également bien la résection temporaire du maxillaire supérieur), de même que la craniectomie temporaire (temporale) peut ouvrir une bonne voie vers la loge du ganglion de Gasser.

Dans le traitement chirurgical des névralgies, le trijumeau occupe la première place. Aucune des branches ni des rameaux de ce nerf n'a échappé à l'intervention du chirurgien, et les résul-

tats qu'a fournis cette thérapeutique sont des plus encourageants.

Quand on examine de près les observations que l'on a publiées à ce sujet, un fait intéressant apparaît en ce qui concerne l'importance des « résections temporaires ».

Tous les rameaux du trijumeau peuvent être atteints directement sans opération préliminaire. Mais pour atteindre à leur point d'origine la deuxième et la troisième branche, et pour atteindre le ganglion de Gasser, se créer une voie momentanée à travers le squelette est indispensable. Or l'histoire des névralgies du trijumeau démontre que ce sont surtout les deuxième et troisième branches qui réclament notre intervention, et d'autre part que, pour faire une bonne névrectomie, il est nécessaire de la pratiquer aussi près que possible des centres nerveux. Que de névrectomies directes des rameaux des maxillaires supérieur ou inférieur sont restées inutiles. Après quelques semaines ou quelques mois d'accalmie, la névralgie reparaissait plus violente que jamais et de nouvelles interventions, plus radicales, s'imposaient.

Il y a donc lieu de supposer que dans le traitement des névralgies de la cinquième paire, les résections temporaires, une fois leur technique bien établie, et surtout bien connus les résultats qu'elles peuvent donner, trouveront des indications de plus en plus nombreuses.

§ IV. — Il peut être utile d'atteindre le fond de la cavité orbitaire. Je me suis trouvé en présence de cette indication dans un cas de volumineux ostéome qui s'était développé aux dépens du sinus sphénoïdal. D'autre part, cette indication peut naître encore de la nécessité d'intervenir contre certaines sinusites sphénoïdales qu'il serait impossible de traiter par les procédés ordinaires. Nous en dirons quelques mots quand nous parlerons de la « voie d'accès » aux sinus. Pour atteindre le fond de la cavité orbitaire et déloger l'ostéome qui l'occupait, j'ai pratiqué la résection temporaire du maxillaire supérieur, en suivant le procédé que j'ai décrit antérieurement (voir p. 170). Je n'entrerai pas dans la discussion de cette technique, je juge que mieux vaut rapporter simplement, aussi complète que possible, mon observation.

H., Louis, ouvrier houilleur, 52 ans. M. le professeur Coppez, à qui nous devons la première partie de notre observation, a vu le malade il y a trois ans et l'a soigné depuis lors à la clinique de l'hôpital Saint-Jean. L'observation fut complétée grâce aux renseignements fournis par M. le Dr Lefèvre, de Charleroi.

Au moment où M. Coppez l'examina, le malade s'était aperçu depuis deux ans et



FIG. 9.

demi que l'œil droit commençait à faire saillie entre les paupières et que, parallèlement à cette propulsion, la vision du même côté allait en diminuant. Il aurait souffert au début de céphalalgies frontales. L'exophtalmie aurait progressé pendant quelque temps et serait restée stationnaire depuis plusieurs mois.

Cet homme a été soumis à divers traitements médicaux jusqu'au moment où une opération lui fut proposée par le professeur Coppez.

État actuel. — Cet homme, jouissant d'une santé générale bonne, n'a jamais été malade. Il renseigne bien quelques coups reçus sur le crâne pendant son travail, mais ces faits ne paraissent pas suffisants. En réalité, il ne peut rapporter à une cause précise l'affection dont il souffre actuellement. Il n'existe pas de syphilis. Pas d'affection des voies lacrymales. Il ne se plaint plus de maux de tête, mais de sensations paresthésiques (fourmillements, picotements) dans la moitié droite du cuir chevelu et de la peau du front (nerf sus-orbitaire). La sensibilité cutanée, explorée au moyen d'une pointe d'aiguille est amoindrie dans ces mêmes régions. Il n'existe pas d'écoulement nasal muco-purulent, et le malade ne se souvient pas d'en avoir jamais eu.

L'œil droit est fortement projeté en bas et en dehors. Cependant la contraction des paupières parvient encore à le recouvrir.

On constate, en outre, un certain étalement de la paupière supérieure, surtout prononcé dans sa partie interne. Cet étalement est produit par la disparition du pli de recouvrement. A ce même niveau, c'est-à-dire à la partie interne et supérieure, on constate, en examinant le malade de profil, une proéminence légèrement accusée.

Les mouvements du globe oculaire sont très limités dans tous les sens, mais principalement les mouvements d'adduction. L'œil ne présente aucun symptôme d'irritation. Il existe seulement un certain degré de dilatation variciforme des veines conjonctivo-ciliaires, dénotant un trouble dans la circulation de retour. Cornée sensible. Les milieux transparents sont normaux. La pupille, en état de dilatation moyenne, réagit à la lumière Atrophie du nerf optique à la suite de névrite par stase. Les veines rétiniennes sont fortement dilatées en tire-bouchon, surtout dans le voisinage de la papille. Les artères sont rétrécies L'acuité visuelle se réduit à la perception lumineuse. Tension intra-oculaire normale. A la palpation, on constate, partant de la partie interne du rebord orbitaire supérieur, une tumeur très dure, de consistance osseuse, de la grosseur d'une petite noisette. Cette tumeur se continue dans la partie supéro-interne de l'orbite, et il n'y a pas moyen de préjuger de la façon dont elle se termine, c'est-à-dire si elle va en s'amincissant ou, au contraire, en s'épaississant. La pression, même forte, au niveau de cette tumeur n'éveille aucune douleur.

L'éclairage du sinus frontal ne permet aucune conclusion.

Œil gauche : V = Emmétrope (*).

Le malade entre dans notre service le 1er mai 1897. Les renseignements qu'il nous donne sur sa famille ne présentent aucune particularité.

Le début de l'affection remonte donc, à ce moment, à cinq ans. La tumeur, depuis le moment où l'a examinée M. Coppez, a notablement augmenté de volume; elle semble se continuer avec tout le bord interne de l'orbite, elle est dure, indolore à la pression. Le bord orbitaire externe est libre. L'œil est en protrusion. La vue est totalement perdue. La peau est lie de vin et ulcérée au niveau de la paupière inférieure. Depuis quatre semaines se produit un écoulement de pus abondant, principalement par la

---

(*) Publié par M. le Dr Henri Coppez dans la *Clinique* du 8 août 1895, p. 503.

narine droite. Céphalalgie frontale marquée à droite; douleurs lancinantes et intermittentes dans l'orbite droit. L'état général est mauvais. Dépression. Appétit nul. Selles régulières.

Au niveau de l'ulcération s'ouvre une fistule qui mène le stylet profondément (à 6 centimètres environ) en arrière et en dedans, contre une paroi, très dure, comme éburnée.

Ni le palais ni le voile ne présentent de déformation. Le toucher digital permet de constater que la tumeur proémine dans le rétro-pharynx, à droite, au niveau de l'apophyse basilaire. L'éclairage du sinus maxillaire indique qu'il n'y a rien de ce côté. L'examen de la gorge donne un résultat négatif.

Diagnostic : Ostéome de l'orbite, sans préciser le point de départ. Opération le 5 mai 1897. Trachéotomie préventive. Hémostase temporaire de la carotide externe. Ligature d'attente sur la carotide primitive. Résection temporaire du maxillaire supérieur. Énucléation de l'œil. On entame la tumeur à la gouge et au maillet. Sa consistance est éburnée. Après l'avoir fait éclater en certains endroits, on parvient à la mobiliser, grâce à quelques coups de gouge au fond de l'orbite; on l'arrache dès lors assez facilement à l'aide du davier de Farabeuf. Du fond de la cavité sourd du pus en assez grande quantité. La curette ramène des esquilles lamelleuses. Le sinus sphénoïdal est largement ouvert. L'hémorragie a été très minime et la ligature d'attente (carotide primitive) a été inutile. Le fond de la plaie est tamponné à la gaze neutre, le drain sort par la narine droite. Le maxillaire supérieur est remis en place. La suture de la peau est faite au crin de Florence.

Sonde œsophagienne à demeure pénétrant par la narine gauche.

Le soir, le pansement est percé; on le renouvelle complètement Il y a eu des vomissements.

Rien de particulier jusqu'au 15 mai; la température est à 38° le soir, le pouls est régulier, à 24 au quart Le malade a pris, par sa sonde œsophagienne, une limonade citro-magnésienne qui lui a donné quelques selles abondantes Il répond parfaitement à toutes les questions. Il est tourmenté par la soif. Le 15 au soir, il est agité; la langue est sèche et racornie. La soif est intense. Le malade prend beaucoup de lait. Il ne se plaint pas de céphalalgie La situation persiste le 16. L'agitation a augmenté. Dans la nuit du 16 au 17, le malade tombe dans le coma. Paralysie de la vessie. Contractures des membres supérieurs. Température à 39°,4. Mort.

Le maxillaire se consolidait, à part un fragment losangique du malaire. La plaie de la carotide ne présentait rien de particulier, pas plus que la trachéotomie.

La mort était due à une méningite purulente de la base.

La tumeur était un ostéome, du volume d'un gros œuf de poule et du poids de 167 grammes.

Considérant cette opération au point de vue de la « voie d'accès » temporaire que je me suis créée, il n'est pas douteux que la résection du maxillaire ait facilité considérablement l'avulsion de la tumeur. Elle était indispensable. Mais considérant la nécessité en présence de laquelle je me suis trouvé de drainer le fond de cette cavité et le sinus sphénoïdal, je me demande si l'ablation définitive n'eût pas mieux valu. Les soins à prendre de cette cavité eussent

été mieux pris, le drainage eût été mieux fait si je n'avais pas été gêné par tout le plancher de l'orbite. C'est par là qu'il aurait f..llu agir. Eût-il été possible d'éviter les accidents de méningo-encéphalite? On sait que l'infection méningée est l'aboutissant, pour ainsi dire fatal, de toutes les avulsions d'ostéome, quand derrière le néoplasme on trouve le sinus plein de pus. L'observation clinique nous dira peut-être si l'on devrait appliquer aux sinusites sphénoïdales suppurées la résection définitive du maxillaire supérieur et aux autres, à celles qui ne sont pas accompagnées de suppuration, la résection temporaire de cet os.

§ V. — Pour atteindre le plancher, les amygdales, la langue, on a souvent été amené à se créer une voie d'accès à travers le maxillaire inférieur. Divers procédés ont été employés (voir le tableau, p. 162). La technique opératoire de tous ces procédés est décrite dans les manuels de chirurgie et nous ne jugeons pas utile d'insister.

§ VI. — « L'emploi de l'opération préliminaire, déclarait Verneuil en 1860 devant la Société de chirurgie de Paris, doit faire partie du premier combat chirurgical qu'on livre aux tumeurs du rétro-pharynx. » Des procédés nombreux s'offrent aux exigences du chirurgien. On peut en lire les avantages et les variétés dans le travail que publiait Forgue en 1889 (*).

Voici ce que nous disions au sujet de cette question dans les *Annales* de notre service (année 1896, p. 77).

« Une fois l'indication admise d'une intervention chirurgicale temporaire pour l'ablation d'un polype du rétro-pharynx, quelle voie faut-il suivre ?

» Il doit être entendu que cette indication se présente rarement — la majorité, la grosse majorité de ces tumeurs s'extirpent par les voies naturelles — et il est toujours utile de se souvenir, à ce sujet, des enseignements de Trélat (**). « Ce qui m'a frappé », déclarait ce sincère chirurgien, « c'est que j'ai trouvé dans les livres la » relation d'opérations graves, de véritables mutilations faites » dans le but d'extirper des polypes naso-pharyngiens dont » l'implantation se trouvait être très mince. Aussi suis-je absolu-

(*) *Traitement des polypes naso-pharyngiens.* (GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MONTPELLIER.)

(**) *Cliniques chirurgicales*, vol. I, p. 705.

» ment convaincu que, en raison de la facilité de l'erreur à com-
» mettre, on a parfois inutilement pratiqué des mutilations de la
» face pour des polypes des arrière-narines confondus avec les
» polypes naso-pharyngiens (*). »

» Mais dès que l'on se trouve en présence d'une de ces tumeurs énormes, sessiles, multilobulées, contre lesquelles ont échoué toutes les plus vigoureuses tentatives d'ablation par les routes naturelles, et que les symptômes (hémorragies, etc.) montrent qu'il n'y a plus à hésiter, que faut-il faire ?

» Assurément les voies ne manquent pas, quand on veut se frayer un passage pour atteindre le néoplasme ; mais quelle voie est la bonne? Il est rare, je pense, de voir entre chirurgiens désaccord aussi profond que sur ce point. Résection définitive ou temporaire du maxillaire supérieur, rhinotomie supérieure à incision supérieure, inférieure ou latérale, brèche palatine, brèche nasale médiane — tous ces procédés ont été vantés et discutés avec passion. Non seulement nous voyons les chirurgiens faire valoir les avantages de la méthode qu'ils préconisent, mais ils s'empressent de démontrer, avec observations à l'appui, tous les inconvénients des méthodes que recommandent les autres. »

Des recherches que nous avons faites, nous pouvons conclure que bien des opérations préliminaires et temporaires pratiquées pour atteindre le rétro-pharynx tomberont ou sont tombées déjà en désuétude.

Nous avons eu recours trois fois à l'opération d'Ollier (rhinectomie temporaire, avec abaissement), et voici comment nous l'avons pratiquée :

L'opération consiste en une incision cutanée jusqu'à l'os, partant du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remontant directement vers la dépression naso-frontale et redescendant en fer à cheval jusqu'au bord postérieur de l'aile gauche. D'un trait de petite scie étroite, on sectionne les os nasaux et l'on renverse le nez au-devant de la lèvre supérieure. La cloison est déjetée soit à droite, soit à gauche, et l'on attaque le polype. Nous avons tenté de l'enlever, dans un cas, à l'aide de très fortes pinces, sans y parvenir ; les pinces furent faussées, tant était solide l'implantation de la tumeur

---

(*) C'est également l'opinion que défendait M. Debaisieux, dans la discussion qui s'éleva à la Société belge de chirurgie lors de la réunion du 19 juin 1898, à Gand.

sur l'apophyse basilaire. Il faut, pour réussir rapidement, recourir dès le début à la rugine et, grâce à cet instrument, on a vite fait d'enlever le néoplasme. On l'atteint ainsi au point même où il doit être détruit, c'est-à-dire à sa base d'implantation, son véritable centre trophique, comme l'ont démontré les observations d'Ollier et de Nélaton. L'hémorragie est abondante, mais le procédé permet de l'arrêter rapidement, car le tamponnement est très facile. On administre le chloroforme dans la position de Rose. Les sutures — qui peuvent être endermiques — se font au crin de Florence et comprennent la peau et le périoste. Les fils sont enlevés au bout de quatre ou cinq jours.

Quelque bons résultats (*) que m'ait fournis cette « voie d'accès », je ne la suivrai plus.

Je crois aujourd'hui que toutes les interventions sur les polypes et tumeurs du rétro-pharynx peuvent être menées à bonne fin, soit : 1° directement par la voie buccale et nasale ou par la voie palatine (procédé de Nélaton, procédé de Chalot); 2° par la voie interthyro-maxillaire avec section temporaire de l'os hyoïde (procédé sur lequel j'insisterai tout à l'heure); 3° par la résection temporaire du maxillaire supérieur ou par la résection ostéoplastique du maxillaire supérieur (procédé de Kocher). En suivant cet ordre, on énumère successivement, par gradation, des opérations de plus en plus sérieuses, mais ouvrant de plus en plus largement la voie que l'on a à suivre et permettant au chirurgien d'aborder avec succès les cas les plus simples jusqu'aux cas les plus exceptionnels et les plus compliqués.

Au point de vue de l'opération ostéoplastique de Kocher, rappelons les succès qu'elle a procurés à notre regretté collègue Lavisé, et à notre collègue Depage. L'opéré de Lavisé a été montré à la réunion extraordinaire de la Société de chirurgie à Gand, en 1898. Il avait été opéré pour fibro-sarcome. M. Depage est intervenu dans deux cas, une fois pour polype naso-pharyngien, l'autre fois pour sarcome de la base du crâne (**).

(*) Malades présentés à la Société royale des sciences médicales, séance de mars 1896.

(**) Au point de vue de la technique opératoire, on peut consulter : Kocher (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, XXXV, 1893); Winiwarter (*Médecine opératoire*. Liége, 1898, p. 221); Lavisé (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 6e année, p. 228).

§ VII. — J'avais été surpris, en faisant l'ablation de la langue par le procédé de Regnoli-Billroth (voie sus-hyoïdienne), de voir combien facilement on pouvait explorer par cette voie le pharynx et le rétro-pharynx. Je fis quelques recherches sur le cadavre et constatai que si l'on pratiquait l'incision en réséquant temporairement l'os hyoïde et en la prolongeant du bord du maxillaire inférieur jusque contre le bord supérieur du corps thyroïde, on obtenait, dès que la langue était bien attirée en avant, par la bouche et l'épiglotte, abaissée en avant par la plaie, une voie largement ouverte qui permettait d'explorer facilement le pharynx, le rétro-pharynx, le larynx, et de mener à bonne fin les interventions dans ces diverses régions. Ajoutez que l'on atteint par cette voie, bien plus aisément qu'on ne le pense généralement, l'apophyse basilaire. Nous avons, pour nous en assurer, fait des recherches sur les crânes de l'Institut anatomo-pathologique, et voici ce qu'il nous a été facile de constater : Si l'on prend la ligne bigoniale, c'est-à-dire la droite qui unit les deux angles du maxillaire inférieur et si du milieu de cette bigoniale on abaisse une perpendiculaire sur la basilaire, on constate que cette perpendiculaire a une longueur moyenne de 5 centimètres, plutôt moins que plus. Notez que la moyenne est établie d'après des mensurations faites sur des crânes de toutes catégories et que les interventions sur l'apophyse basilaire sont presque toujours indiquées chez des jeunes garçons d'une quinzaine d'années. On comprend dès lors que, la tête du patient étant dans la position de Rose, l'incision interthyro-maxillaire étant faite, il ne faudra pas que le chirurgien déprime bien fort les tissus mous, ni qu'il ait le doigt bien long, pour parvenir à agir comme il l'entendra dans tout le rétro-pharynx.

Je suis intervenu par cette voie, à quatre reprises différentes, et avec succès les quatre fois. Je rapporterai, dans la seconde partie de ce travail, ces observations. Deux de ces malades (l'un atteint d'une tumeur amygdalo-pharyngienne, l'autre d'un polype fibreux) ont été montrés à la séance du mois de juin 1898 de la Société royale des sciences médicales de Bruxelles.

Je crois que cette voie d'accès présente de nombreux avantages : technique facile, innocuité, absence de grands délabrements osseux, voie largement ouverte, pas de déformation, cicatrice à peine visible.

Voici le manuel opératoire que j'ai suivi :

Section temporaire de l'os hyoïde et incision interthyro-maxillaire.

On peut juger utile de pratiquer préalablement la trachéotomie. Si l'on ne pratique pas la trachéotomie, on tiendra à sa disposition les instruments du tubage du larynx, avec tube et entonnoir de Trendelenburg, dans le cas où l'on serait amené à faire, une fois le pharynx ouvert, le tubage direct du larynx et à continuer par cette voie l'anesthésie.

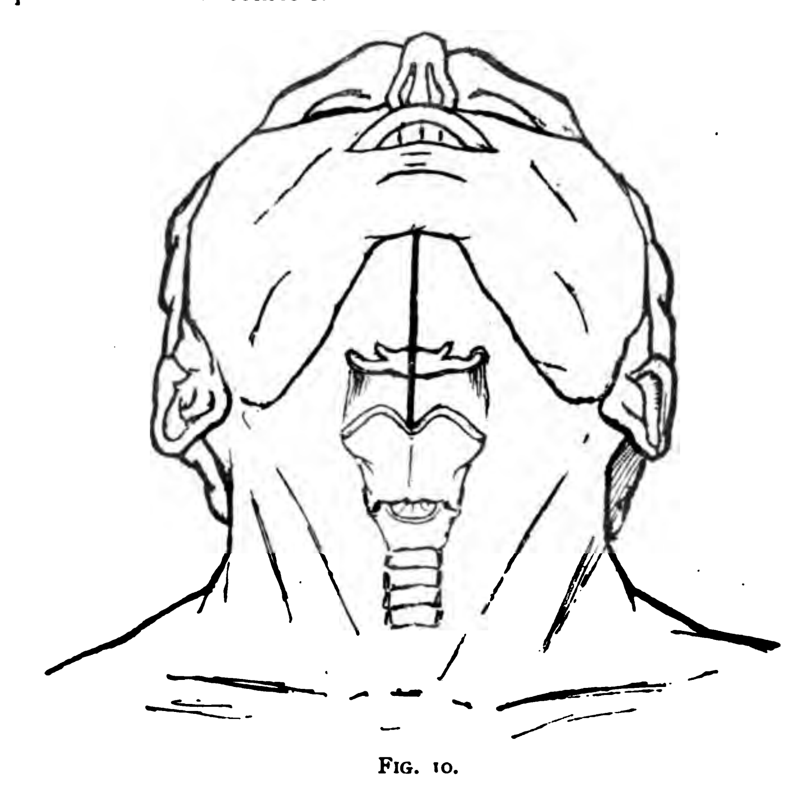


Fig. 10.

Soins préliminaires. — Le cou et le visage ont été rasés de près. Lavages antiseptiques de la région. Le malade est placé dans la position de Rose, la tête bien renversée, le cou bien tendu. Dès que le malade est endormi, une longue pince à griffes est placée sur sa langue.

Le chirurgien est à la droite du malade, un aide en face de lui,

le chloroformisateur à la tête, assis et le chef couvert d'un bonnet.

Instruments nécessaires. — Bistouris droits: une pince à disséquer; nombreuses pinces à forcipressure; un costotome; des aiguilles.

Opération. — Premier temps: Menez une incision sur la ligne médiane, du bord inférieur du maxillaire inférieur jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'os hyoïde. Sectionnez ainsi la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose cervicale et le muscle mylo-hyoïdien que vous divisez sur sa ligne blanche. L'hémorragie peut être nulle; elle est parfois abondante au point de nécessiter l'application de nombreuses pinces (on lèse des branches de la sous-mentale, on ouvre des veines qui inondent le champ opératoire). Liez ces vaisseaux avant d'aller plus loin.

Votre section du raphé médian mylo-hyoïdien vous a conduit sur le raphé médian des génio-hyoïdiens et des génioglosses; d'un coup de pointe, passez à travers cet interligne et amenez votre incision du bord inférieur du maxillaire jusqu'au bord supérieur de l'os hyoïde — sans que votre bistouri pénètre profondément, de crainte de blesser la base de la langue ou l'épiglotte (fig. 10).

Deuxième temps: Dénudez, d'un ou deux coups de rugine sur la ligne médiane, la portion antérieure de l'os hyoïde; ouvrez d'un coup de pointe, contre le bord inférieur de cet os, la membrane thyro-hyoïdienne; par cet orifice, glissez le bec de votre costotome et d'un coup net sectionnez l'os. Agrandissez votre plaie jusqu'au bord supérieur du corps thyroïde, sans léser l'épiglotte.

Troisième temps : Dans le mors d'une fine pince de Museux, saisissez la pointe de l'épiglotte et attirez celle-ci en avant. Attirez de même, hors de la bouche, la langue en tirant sur la pince que vous y avez placée, glissez deux rétracteurs dans les lèvres de la plaie et, si vous avez fait la trachéotomie, bourrez de gaze le larynx.

Tout le pharynx et l'arrière-pharynx vous apparaissent ainsi et peuvent être facilement explorés du doigt et de l'œil.

Faites votre opération principale qui peut et doit être menée vivement.

Quatrième temps : A l'aide de deux catguts passant dans le périoste, l'un au bord supérieur, l'autre au bord inférieur de l'os, suturez l'hyoïde. Reconstituez par une série de sutures au catgut vos plans musculaires. Suturez la peau au crin de Florence. Il est des plus prudents de drainer la plaie. En effet, quelques précautions que vous preniez pour vos sutures, vous ne parviendrez sans doute pas à empêcher qu'un peu de salive venant de la bouche ne pénètre dans cette plaie; l'inconvénient n'est pas grand : j'ai toujours vu ces plaies complètement fermées au quinzième jour.

§ VIII. — Pour atteindre la cavité laryngienne, on pratique principalement la thyrotomie, c'est-à-dire que l'on ouvre largement et d'une façon temporaire cette cavité et, une fois l'opération principale terminée, on suture. Le corps thyroïde se rétablit normalement.

Cette opération est due à Dessault; on en trouve la description dans tous les auteurs. (Voir TERRIER et MALHERBE, *Chirurgie du cou*, p. 75.) Elle ne présente aucune particularité. Elle a été pratiquée pour l'extraction de corps étrangers, et surtout pour l'ablation des tumeurs glottiques et ventriculaires.

L'un des membres de la Société belge de chirurgie, M. le D[r] Goris, l'a pratiquée à diverses reprises et avec succès, pour faire l'ablation de lésions tuberculeuses du larynx. (Voir *Annales de la Soc. belge de chir.*, 1898, n° 7.)

§ IX. — Nous avons vu que pour atteindre le sinus sphénoïdal, on pouvait être amené à faire la résection temporaire du maxillaire supérieur. La chirurgie classique de ce sinus a été bien établie par Berger (34). Les « voies d'accès » ordinaires ne comportent pas de réelles mobilisations osseuses temporaires. On trépane la paroi antérieure du sinus par différents procédés décrits dans la thèse de Berger et dans le chapitre consacré par Castex aux maladies du nez. (*Traité de chirurgie* de LE DENTU et DELBET, t. V, p. 654.)

En ce qui concerne les sinus frontaux et maxillaires, nous n'avons rien de particulier à signaler.

Disons cependant à ce sujet quelques mots d'une opération temporaire originale qu'a pratiquée pour la première fois Bardenheuer : c'est la décortication de la face comme « voie d'accès » vers l'étage moyen du nez.

Voici comment M. le D[r] Goris, qui avait eu l'occasion de voir Bardenheuer pratiquer l'opération et qui plus tard l'a pratiquée lui-même, en donne la description dans une communication faite à la Société belge de laryngologie (juin 1898) : « L'opérateur detache d'une protubérance maxillaire à l'autre, en rasant les os, les tissus des joues, ainsi que les parties cartilagineuses du nez, rabattant tout le masque sur le front, mettant à nu les os du nez et les sinus frontaux, luxant les os nasaux en dehors, trépanant ensuite les sinus frontaux, procédant à l'évacuation des cellules ethmoïdales et vidant les sinus maxillaires en défonçant les parois externes des fosses nasales; après avoir vidé ainsi les sinus, il remet le masque en place et il ne reste pas trace de l'opération. »

On peut rapprocher de cette technique celle préconisée par

Benjamin Anger pour l'ablation du maxillaire supérieur. (*Anatomie chirurgicale*. Paris, 1869, p. 373.)

Signalons enfin la rhinotomie temporaire préconisée par Gussenbauer (30) pour atteindre le sinus et les cavités orbitaires.

CHAPITRE II.

Hémostase préventive.

§ I. — Nous avons vu que la résection temporaire a pour but d'ouvrir au chirurgien une « voie d'accès » plus ou moins large à la lésion qu'il doit atteindre. L'hémostase préventive va lui permettre d'opérer sans être gêné par le sang et va d'autre part épargner au malade le danger qui résulterait d'hémorragies, toujours graves dans des régions telles que la tête et le cou.

Depuis longtemps les chirurgiens ont reconnu la nécessité de lier, préalablement à l'opération qu'ils vont entreprendre, l'artère qui irrigue la région qu'ils vont aborder. Nous n'avons pas ici à examiner le côté historique de la question. Il suffit que l'on sache que la ligature préventive des carotides, des linguales, etc., a été pratiquée des centaines de fois par les chirurgiens qui nous ont précédés.

Que pensons-nous aujourd'hui de ces ligatures, quelles en sont les indications, comment les appliquons-nous? Tels sont les points que nous allons essayer d'élucider.

Dans notre technique courante, les ligatures artérielles tiennent une place minime en comparaison de l'importance qu'on leur donne dans les cours et dans les livres de médecine opératoire.

Dans la chirurgie de la tête et du cou, exception faite de la carotide externe, j'estime qu'une indication de ligature préventive d'artère se présente rarement. On peut être amené dans la résection du ganglion de Gasser à jeter une ligature sur la méningée, mais c'est là un fait rare, et encore la ligature du vaisseau ne constitue-t-elle pas, dans ce cas, une opération préalable; on lie (*) le vaisseau au cours même de l'intervention, au moment où l'on

(*) On a conseillé, pour obtenir l'oblitération de l'artère méningée au cours de l'ablation du ganglion de Gasser, d'enfoncer une petite cheville dans le trou sphéno-épineux.

s'aperçoit qu'il gêne et qu'il est impossible de le respecter. De même, nous voyons Doyen lier au cours de son intervention sur le ganglion de Gasser, par la voie temporo-basale, l'artère maxillaire interne. Nous entendons ici nous limiter à la seule ligature préventive, telle par exemple que la ligature des linguales avant l'ablation de la langue.

J'estime que toutes ces ligatures — à part la ligature de la carotide externe — sont dangereuses ou inutiles.

Certains recommandent la ligature de la carotide primitive. Je partage absolument, au point de vue de ce vaisseau, l'opinion de mon confrère Lauwers (35) : « Quant à la ligature de la carotide primitive, dit notre collègue, que certains chirurgiens conseillent encore de substituer à la ligature de la carotide externe, elle a le double désavantage d'être grave et de manquer son but : deux bonnes raisons pour la rejeter absolument. Elle est grave, parce qu'elle expose à des accidents cérébraux. Elle manque son but, parce qu'elle n'empêche pas le sang d'arriver par la carotide interne à la carotide externe qu'il s'agit de lier.

» Nous savons, en effet, que la carotide interne, à la base du cerveau, s'anastomose largement : 1° par l'artère communicante antérieure avec la carotide interne du côté opposé; 2° par l'artère communicante postérieure avec la cérébrale postérieure, branche de l'artère vertébrale

» Il en résulte qu'après ligature de la carotide commune le sang arrive abondamment dans la carotide externe, du côté de la ligature, par la carotide interne largement anastomosée avec le tronc basilaire et la carotide interne du côté opposé.

» La figure schématique ci-jointe permet de saisir, au premier coup d'œil, ce retour de la circulation dans la carotide externe à la suite de la ligature de la carotide primitive. » (Voir fig. 11.)

Certains recommandent encore très vivement la ligature des linguales. Bien que j'aie pratiqué, à maintes reprises, cette ligature (36), je la juge aujourd'hui inutile. Dans les cas où l'on a affaire à une tumeur de la langue siégeant vers les parties moyennes ou antérieures de l'organe, ou bien aucune ligature ne sera nécessaire, ou bien la ligature de la linguale ou des linguales se fera au cours même de l'opération (procédé de Whitehead); dans les cas, au contraire, où l'on aura affaire à une tumeur de la base de la langue, alors qu'il sera nécessaire de faire une large exérèse, il sera bien plus prudent de recourir à une ligature préventive de la carotide ou des carotides externes, soit temporaire, soit définitive.

Examinons donc plus longuement ce que doit être l'intervention préventive sur la carotide externe.

Est-ce une opération difficile? Non. On peut, en y allant avec prudence, arriver aisément sur le vaisseau, l'isoler et le lier. Le manuel opératoire en a été tant de fois décrit que je juge inutile

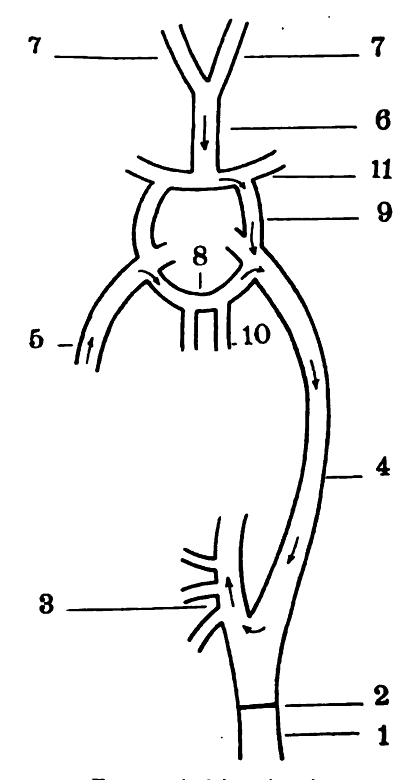


FIG. 11 (schématique).

Retour du sang dans la carotide externe après ligature de la carotide primitive du même côté.

1, carotide primitive; 2, ligature; 3, carotide externe; 4, carotide interne; 5, carotide interne du côté opposé; 6, tronc basilaire; 7, artères vertébrales; 8, artère communicante antérieure; 9, artère communicante postérieure; 10, artère cérébrale antérieure; 11, artère cérébrale postérieure.

d'insister. Les deux points de repère que je recherche sont : 1° la bifurcation des deux branches carotidiennes; 2° les branches collatérales qui émanent de la carotide externe. Le seul obstacle que l'on ait parfois à franchir est le tronc veineux thyro-linguo-facial;

il faut jeter sur ce tronc une ou des ligatures dans le cas où l'on ne parvient pas à le récliner en dedans ou en dehors après dissection. On va ainsi droit à la bifurcation, *on découvre celle des deux branches qui fournit des collatérales : c'est toujours l'antérieure et l'interne, et c'est la carotide externe.* Une seule fois, dans une ligature faite pour ablation d'un cancer de la langue et du plancher, je ne parvins pas à trouver, dans tout le champ opératoire, une seule collatérale se détachant des deux troncs principaux (*). Il y avait indication de faire, dans ce cas, une ligature définitive; je n'osai me risquer à la faire immédiatement sur la branche antérieure et interne, bien que je fusse convaincu que j'avais affaire à la carotide externe; je plaçai donc une ligature d'attente sur les deux vaisseaux, et je pus m'assurer au cours de l'exérèse que là était, en effet, en avant et en dedans, la carotide que nous devions lier. Du fait même de l'opération, le malade ne court donc aucun danger. Est-ce que l'arrêt brusque de la circulation dans la carotide externe présente un danger? Non. Cet arrêt n'entraîne aucun trouble grave, qu'il se produise dans l'une des carotides externes ou dans les deux simultanément. Des centaines d'observations le prouvent.

Il ne faudra donc pas hésiter à recourir à cette hémostase préventive chaque fois que l'on interviendra dans les régions qu'irrigue la carotide externe, principalement dans les cas d'ablation de tumeurs de ces régions (cancers de la langue, de la parotide, des mâchoires, etc.). Je ne partage point, cependant, l'avis qu'émet Lauwers (37) au sujet de la nécessité de lier la carotide externe dans tous les cas d'ablation du maxillaire supérieur; non point que je considère cette opération préliminaire, recommandée si chaudement par notre collègue, comme inutile, mais simplement parce que je ne la juge pas indispensable. J'ai fait nombre de fois l'ablation du maxillaire supérieur sans regretter de n'avoir point lié préalablement le vaisseau, et je pense que beaucoup de chirurgiens se trouvent dans le même cas.

§ II. — Cependant, quand on affirme que l'hémostase brusque dans les deux carotides externes ne provoque aucun trouble, n'oublie-t-on pas que, du fait de cette hémostase, une région étendue va se trouver, pendant plus ou moins longtemps, dans des conditions d'irrigation sanguine des plus défectueuses? Que cela

(*) C'était un homme de 35 ans, Américain du Nord.

ne détermine aucun trouble, aucune modification appréciable dans les cas où l'on pratique simplement la ligature, c'est certain; mais si la ligature est préventive, si immédiatement après l'avoir pratiquée on enlève une grosse tumeur du pharynx par exemple, que va-t-il arriver? Une fois l'ablation faite, une plaie énorme restera largement ouverte à toutes les infections de la cavité buccale, les germes nombreux qui y pullulent vont trouver là un excellent terrain de culture, des tissus anémiés, sans résistance, où ils se multiplieront avec une effrayante rapidité. Peut-on nier l'augmentation de la virulence des germes pathogènes dès que des troubles circulatoires frappent les organes qui les renferment, affaiblissant ainsi leurs moyens de défense. Déjà Cohnheim, dans une célèbre expérience sur la diapédèse, l'avait démontré sans le vouloir; Metchnikoff, rappelant et interprétant cette expérience, démontre à son tour que « tout tissu privé de son alimentation et de sa protection par le sang doit devenir le siège d'une agression de la part des microbes, si abondants dans certaines cavités ».

Est-il étonnant, dans ces conditions, que l'on se soit demandé s'il n'est pas possible de ne faire l'hémostase carotidienne que temporairement? Arrêter le sang durant l'opération, n'en faire point perdre par conséquent au malade et voir clair, poursuivre et enlever les tissus suspects partout où ils se trouvent, — et, dès que l'opération est terminée, rétablir l'irrigation artérielle des tissus afin qu'ils se défendent et se réparent normalement, — voilà le but!

Et tout d'abord, il ne faut pas confondre l'hémostase temporaire avec ce que Trousseau appelait déjà la ligature d'attente. Cette ligature d'attente est une précaution qu'ont prise certains chirurgiens dans des opérations de la face et qui devait leur permettre de serrer immédiatement l'artère dans le cas où serait survenue une hémorragie abondante; elle consiste à glisser un fil sous l'artère, préalablement à l'opération; on ne le serrera que si c'est nécessaire.

L'hémostase temporaire, comme son nom l'indique, arrête le cours du sang dans le vaisseau pendant tout l'acte opératoire et le rétablit quand tout est fini.

J'avais été frappé des avantages que devait présenter, à mon avis, ce mode d'hémostase, dans un cas d'ablation d'une volumineuse tumeur de l'orbite. J'avais pu observer, au cours de cette intervention, qu'un moyen excellent d'obtenir, dans le champ opératoire, une hémostase temporaire, permettant de bien voir et de

bien tamponner, consistait à soulever doucement le vaisseau sur l'anse du fil de la ligature d'attente. C'était, à vrai dire, appliqué à la clinique, le moyen si souvent employé dans les expériences de laboratoire. Mais pareille pratique était-elle sans danger ? Pourrait-on, sans crainte d'accidents immédiats ou consécutifs, jeter une ligature temporaire sur le vaisseau ? Le danger peut, en effet, être immédiat, résultant en ce cas de la formation d'un caillot ; il peut être tardif, résultant dès lors d'embolies ou d'anévrisme par lésions des tuniques.

Dans le but de m'en assurer, je fis une série d'expériences dont j'ai montré les résultats à la séance de mars 1898 de la Société belge de chirurgie.

J'ai cherché à résoudre la question en opérant des chiens de taille moyenne.

1° Après avoir mis à nu une carotide et avoir jeté sur ce vaisseau une ligature *modérément serrée,* nous avons attendu vingt minutes. L'artère a alors été sectionnée à 2 centimètres en aval de la ligature qui a été enlevée prudemment. Nous avons constaté que le sang ne passait pas.

Nous avons montré l'artère étalée sur une lamelle de liège fenêtrée et l'on a pu voir aisément, par transparence, la lésion provoquée par le fil et qui porte sur la tunique moyenne du vaisseau.

2° Même technique, mais ligature *bien serrée.* Mêmes résultats.

A l'examen du vaisseau, on constate une lésion plus profonde portant sur la tunique moyenne et intéressant également la tunique interne.

N'était-il pas possible d'obtenir une hémostase temporaire sans provoquer de lésion ? Nous avons cru que l'on pourrait y arriver en jetant sur l'artère une pince spéciale, aux mors garnis de manchons de caoutchouc qui en adouciraient la pression.



Fig. 12.

3° Même expérience : la ligature est remplacée par une pince de Dieffenbach dont la pression est très douce et s'étend sur une surface relativement large (fig. 12). La pince est laissée vingt minutes ; l'artère sectionnée, la pince est enlevée, le sang jaillit. A l'examen du vaisseau, on a pu con-

stater qu'aucune trace des mors de la pince n'y était empreinte (*).

Je tiens à faire, en passant, cette remarque : les expériences ont été faites chez le chien, dont le sang se coagule plus vite que le sang de l'homme, mais il faut, d'autre part, ne pas oublier que les opérations qui nécessitent des ligatures temporaires se pratiquent habituellement chez des hommes d'un certain âge, dont les artères ne possèdent plus ni grande élasticité ni parfaite résistance.

Ces expériences confirment, en ce qui concerne la ligature temporaire, l'étude expérimentale qu'a faite de cette question Bothézat, dans une thèse de Montpellier, en 1893. Il a également constaté qu'il est fort difficile d'oblitérer une artère sans déchirer ses tuniques. « Le minimum de force que l'on puisse employer pour arrêter le cours du sang détermine toujours une légère contusion de la tunique moyenne, des éraillures et de petites déchirures de la tunique interne qui nous ramènent pour le processus de la cicatrisation au cas de ligature avec déchirure des tuniques.

Faure, au XIII[e] Congrès de chirurgie (Paris, 1899, page 713 du *Compte rendu*), a rapporté trois cas d'ablation de tumeurs (ostéosarcome de l'os iliaque, ostéo-sarcome de la cuisse, cancer utérin) au cours desquels il avait eu recours à la ligature temporaire. Il estime que cette ligature doit être pratiquée au catgut. « On fait, dit-il, sur l'artère un nœud simple que l'on maintient avec l'extrémité d'une pince à pression. »

Contrairement à ce que dit Faure, je crois — parce que l'expérience me l'a démontré et que la clinique me l'a confirmé — que la ligature au fil doit être rejetée et qu'il faut faire usage de la pince.

La technique est des plus simples. Une fois le vaisseau mis à nu et isolé, on le soulève doucement et on le saisit dans les mors caoutchoutés de la pince. On recouvre la plaie. On opère. Dès que l'on a fini, lever l'hémostase est aussi facile que l'établir.

Nous avons eu l'occasion, à diverses reprises, de faire ainsi l'hémostase temporaire dans l'une des carotides ou dans les deux simultanément. Le moyen ne m'a jamais fait défaut — et je ne l'abandonnerai pas pour la ligature.

(*) Expériences faites à l'École vétérinaire de l'État, dans le laboratoire de mon ami le professeur Gratia.

CHAPITRE III.

Les suppléances fonctionnelles.

§ I. — Nous allons examiner maintenant les opérations préventives et temporaires que l'on pratique dans le but d'assurer une « suppléance fonctionnelle ».

Comment voyons-nous mourir fréquemment les malades qui ont subi l'ablation de la langue (cancer de la base) ou d'une tumeur bucco-pharyngienne ? Ils meurent d'infection et souvent d'infection pulmonaire. Les hémorragies secondaires, que l'on a signalées comme cause de mort, ne sont en réalité qu'une conséquence de l'infection.

Le but que va donc devoir atteindre à tout prix le chirurgien sera d'empêcher cette infection et, dans le cas où elle se produit, d'empêcher sa propagation vers les bronches et les poumons.

Au cours même de son intervention, il aura à veiller à ne point laisser pénétrer dans les voies respiratoires du sang ou des éléments quelconques provenant du champ opératoire et qui provoqueraient soit l'asphyxie immédiatement, soit une pneumonie infectieuse dans la suite.

Aprés son intervention, il aura à lutter contre l'infection de la plaie opératoire. Or on sait avec quelle rapidité s'infectent les plàies bucco-pharyngiennes. Faites le matin, immédiatement après votre opération, un pansement aussi soigné que possible, tamponnez la plaie après l'avoir détergée et le soir, quand vous renouvellerez ce pansement, vous constaterez que déjà l'odeur est insupportablement fétide et la bouche comme un fumier.

Cette cavité bucco-pharyngienne, il va donc falloir la mettre dans des conditions spéciales afin de pouvoir la tenir aussi aseptique que possible et l'isoler.

Il faudra cependant que le malade respire et se nourrisse. Dès lors apparaît l'indication de la trachéotomie et du cathétérisme permanent de l'œsophage par le nez qui vont suppléer aux voies respiratoires et digestives supérieures.

§ II. — C'est Langenbeck qui, le premier, fit une trachéotomie préventive dans un cas d'ablation du maxillaire supérieur. Trendelenburg (38), qui était l'assistant de Langenbeck, publia à ce sujet

quelques observations en 1870 et employa, dès cette même année, la canule-tampon à trachéotomie, qui porte son nom et que connaissent tous les chirurgiens.

On a pu faire à la canule de Trendelenburg de nombreux reproches: troubles respiratoires, cyanose, accès de toux convulsive, etc.; elle n'en reste pas moins le prototype des canules employées en pareil cas, depuis la canule à éponge de Michaël (39) jusqu'au simple tampon que nous glissons à présent, au-dessus de la canule, dans le larynx ou la trachée (procédé de Langenbuch) (40), en passant par la canule à double tube de Hahn, etc. (41).

Nous n'insisterons pas sur ce côté de la question.

Il n'est pas douteux que la trachéotomie préventive rende au chirurgien, en bien des circonstances, les plus grands services, soit au cours de l'opération : isolement du champ opératoire, chloroformisation facile grâce à l'entonnoir de Trendelenburg, etc., soit en prémunissant dans une certaine mesure le patient contre les dangers mortels d'une infection pulmonaire.

Aucun chirurgien ne conteste plus aujourd'hui les avantages de la trachéotomie préventive.

On a discuté la technique de cette opération préliminaire. Les uns usent du thermocautère, les autres du bistouri. J'ai toujours eu recours au thermocautère, et je suis convaincu que par ce procédé, bien plus que par l'instrument tranchant, on peut terminer rapidement l'opération sans être tourmenté par des hémorragies. Néanmoins je ne vais pas jusqu'à prétendre, comme on l'a fait, que grâce au thermocautère l'on pratique la trachéotomie exsangue.

Quand faut-il pratiquer la trachéotomie préventive? Ici encore les avis sont partagés. Léon Labbé (42) dit que « la trachéotomie préventive doit être faite autant que possible plusieurs semaines et même plusieurs mois avant l'opération définitive ». Tout dépend des cas. Labbé émettait cette opinion au sujet du traitement chirurgical de l'épithélioma du larynx; il est évident, comme le faisait remarquer Lavisé (43), que pour bien des laryngectomies on n'aura pas le loisir de pratiquer la trachéotomie deux mois avant l'opération définitive.

Certainement il y aura utilité pour le malade à s'habituer au port d'une canule; il est bon que le contact de cet appareil dans la trachée ne provoque plus d'accès de toux; mais tout cela est secondaire et, en présence d'indications formelles, urgentes, il faudra bien faire la trachéotomie immédiatement avant l'opération principale.

C'est presque toujours ce que j'ai fait, et s'il m'est arrivé deux fois de ne point achever d'emblée mon opération, c'est parce que la trachéotomie elle-même avait présenté des difficultés très grandes : hémorragies, respiration artificielle, etc.

Dans les cas où rien ne presse, il serait avantageux de laisser s'écouler une dizaine de jours entre les deux interventions.

Au point de vue des indications de la trachéotomie, je crois qu'il ne faut pas les considérer comme formelles chaque fois que l'on intervient sur le maxillaire supérieur par exemple, ou dans le rétro-pharynx. Que l'on ne se dissimule pas que la trachéotomie peut présenter des dangers et avoir des complications, et que l'on n'oublie pas que bien des opérations peuvent être menées rapidement et leurs suites traitées convenablement, sans qu'une trachéotomie soit indispensable.

Les indications résident : 1° dans l'étendue de la plaie qui succédera à l'ablation de la lésion : cette plaie, si elle est grande, si elle est anfractueuse, si elle s'étend dans le rétro-pharynx ou vers la partie inférieure du pharynx, ne pourra être, sans trachéotomie préventive, ni désinfectée ni isolée et dès lors provoquera les accidents sur lesquels nous avons insisté tantôt; 2° dans les cas de polypes naso-pharyngiens, de tumeurs du voile du palais, de certains cancers du plancher de la bouche accompagnés de troubles respiratoires sérieux allant presque jusqu'à l'asphyxie. (Quenu, Soc. de chir. de Paris, avril 1893.)

A la trachéotomie préventive on a cherché à substituer le tubage préventif du larynx.

Le tubage a l'avantage de n'être pas une opération comme la trachéotomie, n'en présentant ni l'importance ni les dangers. On sait qu'un des trachéotomisés de Monod (cas signalé à la Société de chirurgie de Paris, avril 1893) fut « tellement impressionné à son réveil par ce fait qu'il ne pouvait plus articuler des sons, qu'il se laissa mourir d'inanition. »

Doyen effectue le tubage avec une canule spéciale en aluminium; la canule est reliée par un gros tube de caoutchouc à l'entonnoir de Trendelenburg. (Voir Doyen, *Technique chir. générale*, p. 122.) Appliqué dans ces conditions, le tubage ne peut être utile qu'au cours de l'opération, et pour certaines opérations seulement, car la suppléance fonctionnelle cesse dès que cesse l'intervention. Encore faut-il ne pas oublier qu'un gros tuyau de caoutchouc dans la bouche doit constituer, dans des opérations de l'espèce, une gêne sérieuse.

Nous avons signalé (p. 183) que l'on pouvait pratiquer le tubage lorsque l'on intervient par la voie sous-hyoïdienne ou par la voie interthyro-maxillaire. Le tubage se pratique dès lors directement et avec la plus grande facilité; le tube de caoutchouc en communication avec l'entonnoir passe à l'angle inférieur de la plaie et ne gêne pas; le cas échéant, le tubage peut être maintenu après tamponnement de la région opérée.

Voici comment on peut, je crois, résumer cette question :

1° On évitera les dangers résultant du passage d'éléments étrangers dans les bronches (sang, pus, etc.) au cours de l'opération, en mettant systématiquement le malade dans la position de Rose.

2° Le tubage sera l'opération temporaire et d'urgence que l'on pratiquera quand, au cours d'une intervention sans trachéotomie préventive, apparaîtra l'indication d'établir immédiatement une suppléance respiratoire. Souvent, dans ces conditions, on se trouvera en présence d'une voie de tubage directe, largement ouverte et par conséquent aisée. Mais pour le tubage comme pour la trachéotomie, cette suppléance fonctionnelle n'est pas toujours indispensable. Voici ce que j'ai observé : l'incision interthyro-maxillaire est faite, la pointe de l'épiglotte a été saisie dans une fine pince à griffes et attirée en avant; dès lors le malade respire par cette pharyngostomie et toute la manœuvre d'ablation de la tumeur, qui doit se faire avec dextérité d'ailleurs, peut s'accomplir sans crainte. Le malade est dans la position de Rose et, au cours de l'exérèse, on le laisse respirer de temps en temps.

Ne pas faire la trachéotomie, ne pas établir de suppléance respiratoire post-opératoire, constitue évidemment un avantage incontestable, mais il faut, pour que cet avantage ne se transforme pas en un gros danger, que le chirurgien soit sûr de pouvoir nettoyer *convenablement* la région opérée pendant les jours qui suivront l'opération.

3° La trachéotomie avec tamponnement remplit justement cet office et c'est là son plus grand mérite et la source de sa principale indication.

§ III. — Il faut que le malade se nourrisse. Dans ce but, immédiatement avant de bourrer de gaze la cavité bucco-pharyngienne, avant d'isoler aseptiquement la région opérée, on introduira une sonde molle (de Nélaton) de gros calibre par l'une des narines jusque vers la portion moyenne de l'œsophage (fig. 13). C'est par

là que les liquides (lait, préparations d'œufs et de lait, bouillons et eaux purgatives) seront introduits au fur et à mesure des indications.

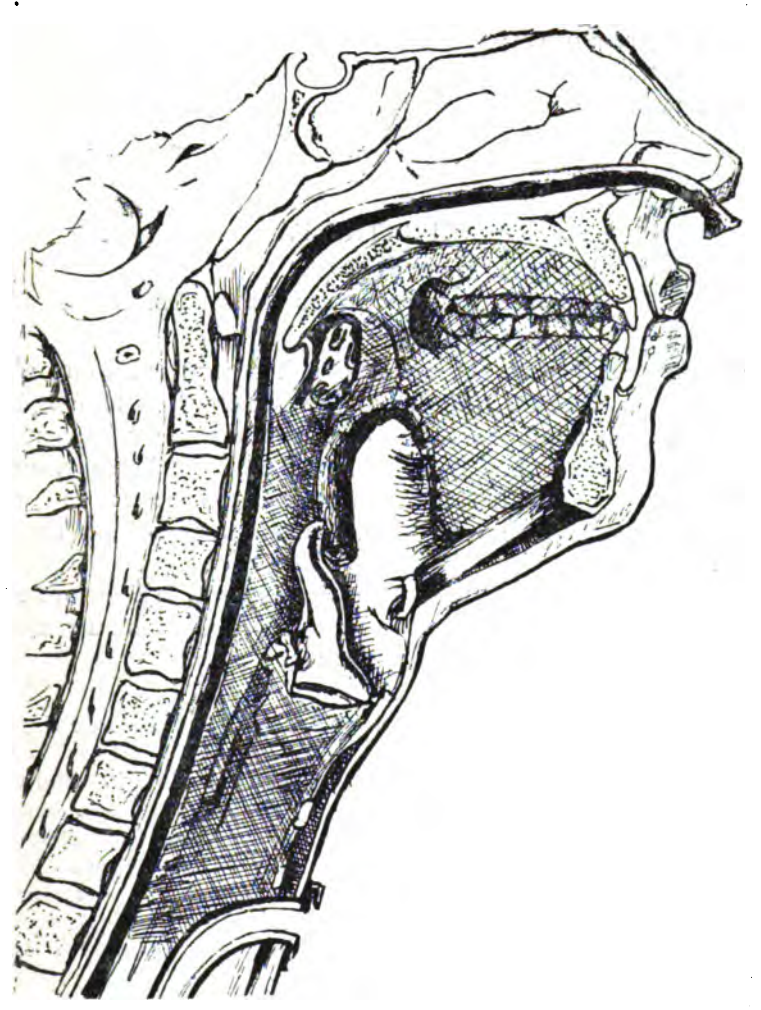


FIG. 13.

Trachéotomie. Cathétérisme permanent de l'œsophage. La partie quadrillée représente toute la région tamponnée et isolée.

Il ne faut pas oublier que, malgré de telles précautions, ces opérés réclament des soins assidus. Il faut refaire leurs pansements deux

et trois fois par jour; les mettre dans la position de Rose, afin de nettoyer directement, à l'éponge montée, la surface cruentée et enlever les éléments de suppuration qui la recouvrent; c'est alors qu'il faudra recourir à divers désinfectants parmi lesquels l'eucalyptus m'a rendu service. La lutte est longue, difficile, et malheureusement, malgré toutes les peines que l'on se donne, le pronostic de ces interventions reste sombre et n'est pas toujours encourageant.

CHAPITRE IV.

Opérations temporaires combinées.

On comprend aisément que l'on soit amené, au cours d'une même intervention, à pratiquer diverses opérations temporaires. On peut ainsi faire une résection temporaire pour gagner une tumeur profondément située, après avoir été forcé d'établir, sur les carotides externes, une hémostase momentanée et de pratiquer une trachéotomie préventive, assurant la suppléance respiratoire.

Je crois qu'il est inutile d'insister sur ce point, le signaler suffit. Je rapporterai simplement l'histoire d'une opération au cours de laquelle cette technique a dû être suivie.

Léon S..., 54 ans, barbier, entre à l'hôpital Saint-Jean, dans mon service, le 14 avril 1898.

Il s'est aperçu, un an auparavant, qu'une petite tumeur se développait sous la langue, au niveau du frein; cette tumeur est longtemps restée stationnaire, mais, depuis six semaines, elle a pris beaucoup de développement et occupe presque tout le plancher de la bouche. Elle est dure, recouverte par la muqueuse; en certains points, celle-ci est ulcérée et recouverte de plaques grisâtres. Elle est immobile, paraissant avoir des attaches avec le bord postérieur du maxillaire inférieur. Il n'y a pas de ganglions cervicaux. Le malade ne souffre pas, mais il boit et mange avec beaucoup de difficulté.

Opération le 16 avril :

1° Trachéotomie préventive au thermocautère, aussi bas que possible;

2° Mise à nu et isolement des deux carotides externes, application sur les deux vaisseaux de petites pinces caoutchoutées;

3° Résection temporaire du maxillaire inférieur après libération de la tumeur de ses attaches avec la face postérieure de l'os.

Dès lors la tumeur est facilement enlevée. On pratique aisément l'hémostase, dans tout le champ opératoire, en dépinçant les carotides, comme sur un membre quand on lève la bande d'Esmarck.

La bouche et le pharynx, aussi bas que possible, sont bourrés de gaze aseptique, après introduction par la narine d'une sonde molle, qui descend jusqu'à la partie moyenne de l'œsophage.

Les plaies menant aux carotides sont refermées.

Les jours qui suivent l'opération ne présentent rien de particulier; le malade est très affaibli.

Le 21 avril, dans la nuit, la canule trachéale a été expulsée et l'on n'est pas parvenu à la replacer. Le malade a beaucoup souffert. Il meurt subitement le 22, dans la matinée.

Résumé de l'autopsie. — Au niveau du point où les carotides ont été pincées, aucune lésion. Ces vaisseaux sont très athéromateux. Au même point, du côté de l'endartère, existe, dans la carotide externe gauche, une très petite érosion linéaire, dirigée perpendiculairement au grand axe de l'artère et qui paraît n'intéresser que la tunique moyenne

Lésions de broncho-pneumonie double. Le foie, les reins et la rate ont les mêmes caractères d'organes séniles.

Il s'agissait d'un épithélioma du plancher de la bouche.

BIBLIOGRAPHIE.

(1) Ollier. — Traité des résections, t. III, p. 240.

Chalot. — Résection temporaire ou ostéoplastique. (*Éléments de chirurgie opératoire.*, édit. 1886, p. 239.)

Wagner. — Die temporäre Resektion des Schädeldaches an Stelle der Trepanation. (*Centralblatt für Chirurgie.*, 1889, n° 47, p. 833.)

Toison. — De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique. (*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 325.)

Chipault. — L'ostéoplastie crânienne. (*Gazette des Hôpitaux*, 1893, pp. 786 et 813, et *Chirurgie opératoire du système nerveux*, t. I, 1894.)

Broca et Maubrac. — In *Traité de chirurgie cérébrale*, 1896, p. 121.

Von Arsdale. — In *Annals of surgery*, October 1896.

Doyen. — De l'hémicraniectomie temporaire. (Thèse de Marcotte, 1896.)

Gigli. — Zur Technik der temporären Schädelresection mit meiner Drähtsäge. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1898, n° 16, p. 425.)

Jonnesco. — La craniectomie temporaire. (*Congrès français de chirurgie*, 1898, p. 121.)

Dragusescu. — Craniectomie temporara, Bucarest, 1898 (un volume de 150 pages), et Critico noilor procedu de craniect. temporara, Bucarest, 1898 (brochure de 20 pages). — L'auteur, dans une bonne revue générale

de la question, accompagnée de nombreuses figures, énumère tous les procédés de craniectomie et les instruments usités pour cette opération (Doyen, Gigli, Zuccaro, Padula, Chipault, Toison, etc.). — Voir également : *Archives provinciales de chirurgie*, 1899, p. 329.

(2) W. Rose. — *Société médicale de Londres*, 27 octobre 1890, et *Mercredi médical*, 1890, p. 557.

(3) Novaro. — Ablation partielle du ganglion de Gasser. (*Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles*, 1891, p. 563.)

(4) Horsley. — *XVIIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie*, 1889, t. I, p. 51.

(5) Doyen. – *Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 531.

(6) Poirier. — *Société de chirurgie de Paris*, 1896, p. 574.

(7) Krause. — *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, p. 341, et *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, 1897, Bd I, p. 767.

(8) Doyen. — Accès de l'étage moyen de la base du crâne et résection du ganglion de Gasser. (Thèse de Marcotte, 1896.)

(9) Hartley. — *New York medical Journal*, 19 mars 1892.

(10) Quenu. — *Académie de médecine de Paris*, 6 janvier 1894.

(11) Segond. — *Congrès français de chirurgie*, 1890, p. 442.

(12) Scriba. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd XXII, p. 510, 1885.

(13) Kocher. — *Chirurgische Operationslehre*, 1894, p. 68.

(14) Nussbaum, Billroth. — *Aerzte international Blatt.* Munich, 1858, Bd V, p. 157, cités par Chipault (*loco cit.*, t. II, p. 453).

(15) Krönlein. — *Langenbuch's Archiv für klinische Chirurgie*, Bd XLIII, p. 13, 1892.

(16) Gussenbauer. — Dans Winiwarter (*Traité de médecine opératoire*, p. 249.)

(17) Salzer. — *Centralblatt für Chirurgie*, suppl. n° 24, p. 37, 1888.

(18) Mikulicz. — *Archiv für klinische Chirurgie*, Bd XLV, 1893, p. 343. Article écrit par un élève de Mikulicz, le Dr Drobnik.

(19) Sédillot. — *Traité de médecine opératoire*, 3e édit., t. II, p. 43.

(20) Langenbeck. — Voir pour ces divers procédés Zuckerkandl et Mouchet (*Atlas manuel de chirurgie opératoire*, p. 190).

(21) Ollier. — *Traité des résections*, t. III, p. 813.

(22) Boeckel. — Voir la technique dans Chalot. (*Médecine opératoire*, 1898, p. 167.)

(23) Rouge. — *Congrès international de Genève*, 1878.

(24) Kœnig. — *Centralblatt für Chirurgie*, 10 mars 1888.

(25) NÉLATON. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, t. I, p. 159.

(26) CHALOT. — *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire*, édit. 1886, p. 259; édit. 1898, p. 223.

(27) HUGUIER. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1852 et 1854.

(28) KOCHER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd XXXV, 1893.

(29) BARDENHEUER. — Cité par Goris (*Société belge de laryngologie*, juin 1898).

(30) GUSSENBAUER. — *Wiener klinische Wochenschrift*, 23 mai 1895.
Voir pour la bibliographie très étendue de ces diverses questions :

1° CHIPAULT. — Chirurgie opératoire du système nerveux. Paris, 1895.

2° TERRIER et PERAIRE. — L'opération du trépan. Paris, 1895;
TERRIER-GUILLEMAIN et MALHERBE. — Chirurgie de la face. Paris, 1897;

3° CHALOT. — Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire. Paris, 1898.

4° *L'Année chirurgicale, 1898*. Bruxelles.

(31) Voir au sujet de l'emploi des moteurs électriques : DOYEN, *Technique chirurgicale*, p. 246.

(32) CHIPAULT. — *Chirurgie opératoire du système nerveux*, t. II, pp. 612-663.

(33) DEPAGE. — Un cas de résection du ganglion de Gasser (*Journal médical de Bruxelles*, 1898, n° 5), et un deuxième cas de résection du ganglion de Gasser, opéré avec succès par le procédé de Krause (*Acad. de médecine de Belgique*, 26 mars 1898).

(34) E. BERGER. — *La chirurgie du sinus sphénoïdal*. Thèse de Paris, 1890.

(35) LAUWERS. — *Études et observations chirurgicales*. Anvers, 1900, p. 33.

(36) GALLET. — *Cliniques et observations chirurgicales*, 1896, p. 90.

(37) LAUWERS. — *Études et observations chirurgicales*. Anvers, 1900, p. 24.

(38) TRENDELENBURG. — Die Tamponade der Trachea (*Berlin. klinische Wochenschrift*, 1870).

(39) MICHAËL. — XII° Congrès des chirurgiens allemands, 1883.

(40) LANGENBUCH. — Tamponnement de la trachée dans la trachéotomie (Résumé dans la *Clinique*, 1889, p. 355; voir aussi Depage, *Journal médical de Bruxelles*, 1re année, p. 286).

(41) HAHN. — Ueber Kehlkopfexstirpation bei Carcinoma (*Archiv für klinische Chirurgie*, Bd XXI).

(42) LABBÉ. — Congrès français de chirurgie, 2e section, 1886.

(43) LAVISÉ. — De la laryngectomie totale. Bruxelles, 1895, p. 16.

Présidence de M. le Dr L. BLONDEZ.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend une lettre de M. Debaisieux et une lettre de M. Gevaert qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

DISCUSSION.

État actuel de la chirurgie pleuro-pulmonaire.
(Rapport de M. Verneuil.)

M. Depage. — Je n'envisagerai dans le rapport de M. Verneuil que certains points de la pleurésie purulente chronique. Théoriquement, il est admissible que sous l'effet d'une simple thoracentèse ou d'une pleurotomie, la pleurésie purulente aiguë puisse guérir avec rétablissement physiologique de la plèvre; mais dans l'empyème chronique il n'en est pas de même : la plèvre alors se modifie d'une façon permanente dans son organisation, la restitution physiologique n'est plus possible et la guérison se produit à la faveur d'une soudure du feuillet viscéral au feuillet pariétal de la plèvre. Vous connaissez, et l'excellent rapport de notre collègue vient de les énumérer, les opérations auxquelles il faut recourir dans ce cas. La thoracentèse, la pleurotomie, les opérations d'Estländer, de Schede ont ici chacune leurs indications, mais aucune d'elles ne suffit pour les pleurésies chroniques avec poumon complètement rétracté dans la gouttière costo-vertébrale. Peut-être

dans ce cas l'opération de Delorme peut-elle parfois conduire à un succès, mais cette opération est encore à l'étude, et il est évident que dans nombre de cas la décortication du poumon ne permettra point l'expansion de l'organe.

Quand le poumon se trouve complètement atélectasié, il existe au niveau du sommet une cavité qui ne peut être comblée par aucun des procédés opératoires rappelés par M. Verneuil. J'estime que dans ces cas il faut — quelle que soit d'ailleurs l'opération à laquelle on se décide — réséquer la clavicule et la première côte.

C'est là une opération que j'ai pratiquée ce matin même. Il s'agissait d'une vaste cavité purulente pour laquelle j'étais déjà intervenu antérieurement et dont je n'avais pu obtenir la disparition. Après avoir sectionné dans presque toute sa hauteur la paroi thoracique en avant et formé un large volet que j'ai rabattu en arrière, j'ai enlevé les côtes de dedans en dehors (ce qui, par parenthèse, est un moyen rapide et pratique) et réséqué la clavicule et la première côte. J'ai pratiqué en somme l'effondrement total de la paroi thoracique, opération décrite déjà par Bardenheuer. Je reviendrai d'ailleurs ultérieurement sur cette question.

M. Desguin. — Une chose m'a frappé souvent : c'est la nécessité où se trouvent les chirurgiens de recourir à des opérations, graves en somme, comme les opérations d'Estländer, de Schede ou de Delorme. Je ne trouve pas si fréquemment leur indication. Cette fréquence tient, je crois, à la façon défectueuse dont la pleurésie purulente est soignée au début. On draine mal généralement et surtout l'on supprime le drain de trop bonne heure. Le trajet se ferme plus ou moins alors que les parois pleurales sont encore loin d'être guéries. On ne prend pas la peine de raccourcir le drain progressivement, ce qui est d'une grande importance. Il faut enfin cinq ou six semaines de soins constants et éclairés pour guérir une pleurésie purulente, et il est rare que l'on y mette et ce temps et ces soins.

Notre collègue Verneuil me paraît être bien catégorique en ce qui concerne la ponction. Faut-il vraiment la condamner tout à fait? Je ne le pense pas. *Chez les enfants,* la pleurésie purulente a pu être guérie plus d'une fois par la seule ponction. Cette pleurésie est en général à pneumocoques : c'est la forme la plus favorable. Je connais un cas de guérison radicale à la suite d'une ponction. Voilà un argument qui me permet de croire qu'il ne faut pas rejeter complètement la méthode.

Je ne puis non plus partager la façon de voir de notre collègue en ce qui concerne les lavages. Ils sont à rejeter immédiatement après l'opération — nous sommes d'accord. A ce moment, ils ne sont d'ailleurs pas sans danger. Il ne faut pas non plus les employer d'une façon systématique; mais je crois que, dans bien des cas, ils sont très utiles, et j'emploie, quand j'y ai recours, une solution étendue de chlorure de zinc qui m'a toujours utilement servi. Quand je vois la température du malade s'élever, je pratique une irrigation. Elle ramène presque toujours de nombreux débris et il est rare que la fièvre ne tombe pas à la suite de ce pansement. Non, les lavages ne doivent pas être proscrits.

Je voudrais poser encore une question à notre collègue.

Je trouve dans son rapport cette phrase : « Ces fractures (les fractures de côtes) sont aussi dans le cas de produire un emphysème sous-cutané qui peut se généraliser très rapidement. Alors il faudra inciser les téguments au niveau de la fracture. » Voilà une pratique que je ne comprends pas très bien.

Enfin le rapporteur semble attacher une grande importance aux accidents consécutifs au pneumothorax total. Ces accidents sont-ils vraiment si fort à craindre? Pour ma part, j'ai, en deux cas différents, lors de l'ouverture de la cavité thoracique, vu le pneumothorax se produire. J'ai eu soin de maintenir sur l'ouverture thoracique une éponge stérilisée, de façon que l'air ne pénètre pas brusquement. Cette précaution est-elle suffisante? Toujours est-il que je n'ai rien observé d'alarmant. Une fois la cavité pleurale fermée, l'air s'est assez rapidement résorbé.

M. Gallet. — Je crois, comme notre collègue Desguin, que le traitement de la pleurésie purulente est souvent bien mal compris, mais si les cas de pleurésie chronique devant lesquels nous nous trouvons sont la conséquence de cette situation, elle n'en existe pas moins, et il faut pouvoir y parer. Vous savez quelles sont les trois opérations auxquelles nous avons la ressource de recourir dans ce but.

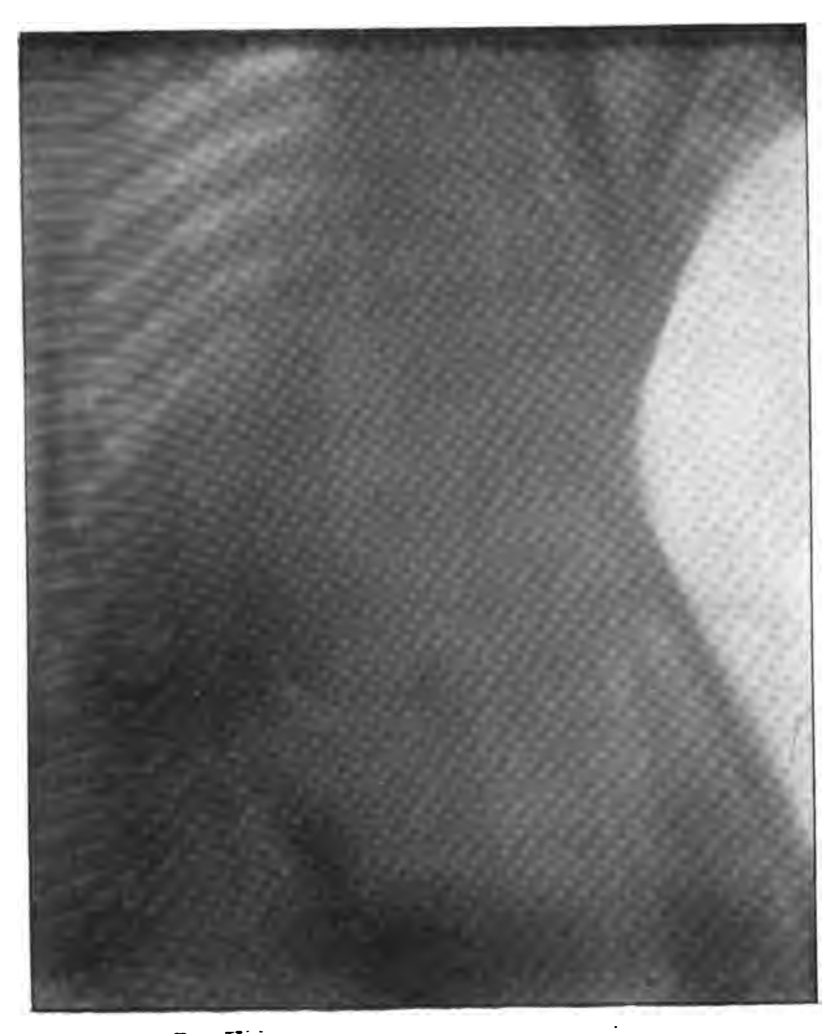
D'une façon générale, l'opération d'Estländer ne peut être utilisée que dans les cavités de moyenne dimension, et là — quoi qu'on en ait pu dire — elle a donné de bons et durables résultats. Mais une fois que le poumon est refoulé dans la gouttière costo-vertébrale, le choix doit se limiter entre l'opération de Schede et celle de Delorme.

Je ne reviendrai pas sur les considérations qui doivent nous faire

adopter plutôt l'une que l'autre de ces interventions. Elles ont été suffisamment exposées dans le rapport; mais je tiens à vous montrer deux des radiographies auxquelles notre collègue Verneuil a fait allusion. Elles me paraissent démonstratives. Dans l'une (pl. I), comme vous pouvez le voir, de toute la zone claire occupée normalement par le poumon, il n'existe plus trace. Ce moignon de viscère, atteint de pneumonie pleurogène, devait être incapable de se dilater après décortication. C'était au moins ce que j'avais prévu et les faits ont démontré qu'ici l'opération de Delorme était illusoire. Le malade a été guéri par une opération de Schede. Dans l'autre (pl. II), la zone claire donnée par le poumon persistait. J'ai cru que l'opération de Delorme me donnerait un succès, et ce succès, je l'ai obtenu.

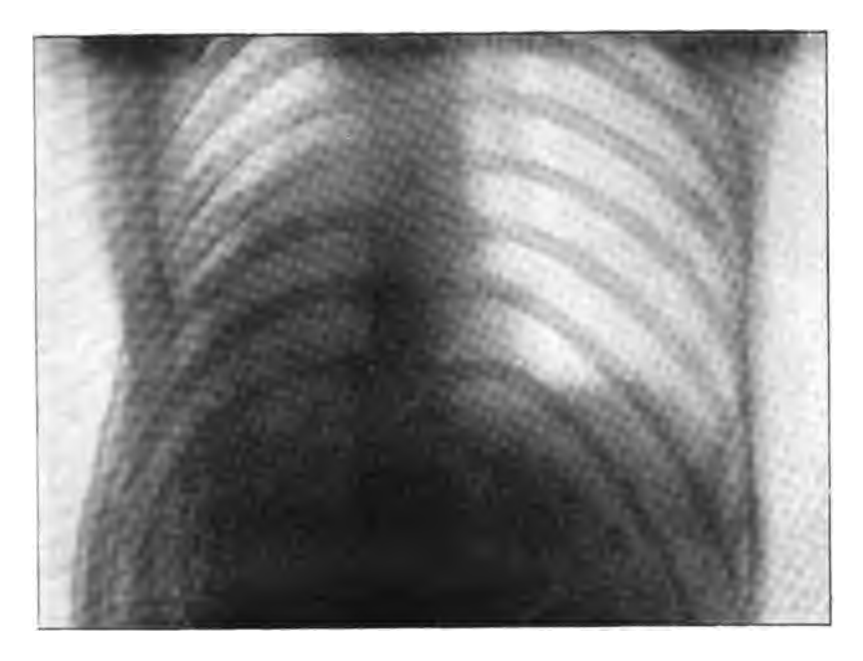
Sur la question des lavages, mon opinion est faite depuis assez longtemps déjà; j'en suis très peu partisan. Mais il est un détail de technique dont notre collègue Verneuil ne parle pas dans son rapport : je veux parler du curettage de la cavité purulente. Ce curettage, je le pratique toujours, — avec la curette mousse de Rheinstätter, — et je m'en trouve trop bien depuis plusieurs années pour m'en abstenir jamais. Il suffit de voir, en raclant la plèvre malade, la masse énorme de débris que l'on ramène pour s'expliquer les bons effets de cette façon de procéder. Comme le fait remarquer très bien notre collègue Desguin, il faut savoir bien drainer et drainer assez longtemps. Mais il ne faut pas se dissimuler que dans certaines cavités le drainage est illusoire et puis qu'on ne peut le continuer indéfiniment : la suppuration épuise le malade. J'ai eu l'occasion de pratiquer chez un homme une résection costale excessivement étendue. Notre collègue Verneuil lui avait fait une pleurotomie quelques mois auparavant, avait drainé pendant quatre semaines, puis avait fait une opération d'Estländer sans résultat. Le malade entra plus tard dans mon service. Il mourut et j'eus l'occasion de faire son autopsie. La cavité était énorme et, fait à remarquer, ne présentait nulle trace d'adhérences. Il est évident que dans des cas pareils, la pleurotomie et les soins consécutifs, si bien appliqués qu'ils soient, resteraient inefficaces.

M. Ch. Willems. — A propos de l'opération qu'il vient de décrire et que je lui ai vue pratiquer ce matin, notre collègue Depage veut bien nous demander notre avis. Pour ma part, je crois que le traumatisme résultant d'une pareille intervention dépassera peut-être les forces de résistance du malade. En pareil cas, le



Pl. I.

(Page 206b)



Pl. II.

patient sera toujours fortement affaibli par la durée de la suppuration, et je me demande si l'on n'arriverait pas au but par une opération plus simple, par exemple en tâchant d'obtenir l'affaissement du sommet de la cage thoracique par la résection de la clavicule et de la première côte, et en se contentant, pour le reste, de réséquer le segment *postérieur* des côtes inférieures, ce qui déterminerait l'affaissement de la gouttière costo-vertébrale. Cette opération, évidemment beaucoup moins importante, serait peut-être suffisante pour combler ces énormes cavités pleurales, qui occupent surtout le sommet et la région postérieure.

Ces cas sont heureusement assez rares, et j'ai la conviction qu'ils deviendraient tout à fait exceptionnels si l'empyème était toujours soigné convenablement. Comme le disait notre collègue Desguin, les opérés d'empyème sont souvent mal soignés, par des procédés qui font durer la suppuration et laissent à la plèvre le temps de s'épaissir et de brider insensiblement le poumon. Mais ce qui est pis encore, c'est que souvent l'empyème est opéré trop tard. Et ici mon observation s'adresse surtout aux médecins. Ce sont les médecins qu'il faudrait convaincre de l'avantage qu'il y a, pour le malade, dans l'ouverture précoce du pyothorax. On ne saurait trop le répéter, ce sont les empyèmes opérés le plus tôt qui guérissent le plus rapidement. Il ne faut donc pas attendre que les signes de la suppuration crèvent en quelque sorte les yeux, que le pus tende à se frayer une voie vers la région antérieure du thorax. Il faut, au contraire, s'ingénier à dépister la présence du pus, aussitôt que l'ensemble des symptômes rend son existence probable. Et, pour cela, je ne crois pas la ponction exploratrice indispensable. Elle a, à mes yeux, le tort énorme de *créer* des causes d'erreur : il n'est pas rare, par exemple, qu'elle ne ramène pas de pus, alors qu'il en existe cependant. Elle trompe donc le médecin en pareil cas, et l'engage à attendre, et à perdre un temps précieux.

Pour moi, la suppuration est certaine aussitôt qu'aux signes habituels de l'épanchement s'ajoutent la fièvre à recrudescences vespérales, l'amaigrissement, et surtout ces transpirations profuses que je considère comme un des meilleurs indices des suppurations profondes.

Dès que ces symptômes se trouvent réunis, il faut, sans plus tarder, aller à la recherche du pus.

Si je n'aime pas la ponction exploratrice, j'aime encore moins la ponction évacuatrice, même chez les enfants; je lui reproche surtout

de faire perdre du temps dans les cas, certainement les plus nombreux, où elle ne guérit pas. On en est alors réduit à faire la thoracotomie tardivement, et il faut bien savoir que, même chez les enfants, la suppuration peut, dans ces conditions, se prolonger pendant des mois.

C'est donc à l'incision qu'il faut recourir d'emblée, et ici je préfère de beaucoup à l'ancienne incision de l'espace intercostal, l'ouverture de la plèvre après résection d'un segment de côte de 3, 4 ou 5 centimètres. Cette manière de faire n'est ni plus dangereuse ni sensiblement plus longue que l'ancienne opération de l'empyème, et elle réalise, par contre, des conditions bien supérieures pour l'exploration digitale de la cavité pleurale et pour le drainage.

Je ne suis pas partisan des irrigations après la pleurotomie. J'ai pu me convaincre que, toutes choses égales, et en faisant abstraction des accidents auxquels les lavages ont donné lieu, les empyèmes traités sans irrigations guérissent plus rapidement que ceux qu'on irrigue. Je réserve les lavages pour les cas où la fièvre persiste, et pour ceux où le pus se décompose, ce qui s'annonce par l'odeur et souvent une teinte verdâtre. Là est pour moi l'indication des lavages, pour lesquels je puis recommander l'emploi de l'eau oxygénée qui m'a donné, dans plusieurs cas récents, des succès rapides. Souvent, dès la première irrigation, l'odeur disparaît, le pus reprend son aspect normal, et très rapidement la sécrétion diminue et s'arrête. Je n'ai constaté d'effets aussi rapides avec aucun autre antiseptique.

Mais il est des opérés chez lesquels la suppuration se prolonge, sans que le pus change de caractères; que faut-il faire alors? Je suis persuadé que les lavages, auxquels on recourt si souvent en pareil cas, ne servent à rien. Ce qui fait durer la suppuration, c'est le retrait du poumon, maintenu contre la colonne vertébrale par la plèvre qui s'épaissit de jour en jour. Alors apparaît ordinairement la scoliose, à laquelle j'attache une certaine valeur pronostique. Elle indique que le retour du fonctionnement pulmonaire devient improbable, et, dès ce moment, je crois l'opération d'Estländer indiquée.

Remarquez que l'Estländer, pratiqué à ce moment, pourra être fait assez économiquement. C'est aussi à ce moment assez rapproché du début que l'opération donne des résultats presque constants.

J'ai la conviction que si l'on pratiquait régulièrement l'opération

d'Estländer dès que la scoliose apparaît (1), on serait bien rarement forcé de recourir plus tard à des interventions beaucoup plus graves.

Il me reste à dire un mot de deux cas d'interventions pour adhérences pleurétiques.

La première de ces interventions fut le résultat d'une erreur de diagnostic. Il y a cinq ans, on m'amenait un enfant de 3 ans qui avait fait, trois mois auparavant, une maladie aiguë qualifiée pneumonie. Il s'était mal remis; la toux n'avait pas entièrement cessé, ni la fièvre qui revenait tous les soirs; un dépérissement et certains signes stéthoscopiques avaient fait poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Lorsque j'examinai cet enfant, je trouvai à gauche une matité occupant le tiers moyen du poumon, et au niveau de laquelle, surtout vers son centre, les bruits respiratoires étaient peu distincts. Ajoutant ces symptômes aux signes fournis par l'état général, je diagnostiquai une pleurésie purulente enkystée, et je réséquai un fragment de côte pour pénétrer dans la plèvre. Je tombai au milieu d'un amas de fausses membranes que je me mis à fouiller et à décoller dans toutes les directions, sans voir apparaître une goutte de pus. Cette manœuvre ayant donné lieu à un suintement sanguin assez abondant, je jugeai prudent de m'arrêter, et je plaçai deux gros drains aussi profondément que possible, espérant voir le pus s'évacuer par là dans la suite.

Mais les jours suivants, la surveillance la plus attentive ne me permit, à aucun moment, de découvrir la moindre trace de pus dans le pansement et, au bout de quelques semaines, je dus reconnaître mon erreur, et je retirai les drains. Mais, chose curieuse, mon opération *blanche* avait bel et bien guéri le petit malade. Dès le lendemain la fièvre disparut pour ne plus reparaître, la toux cessa, l'appétit et l'embonpoint revinrent avec une rapidité tout à fait comparable à ce que l'on constate après l'opération de l'empyème. Depuis lors l'enfant, que j'ai revu, est resté très bien portant.

Deux ans plus tard, j'eus l'occasion d'observer un fait analogue. Un homme vigoureux, batelier, âgé de 24 ans, avait fait une maladie aiguë de poitrine, dont il s'était mal rétabli. Chez lui

---

(1) Bien entendu, si cette apparition de la scoliose ne coïncide pas avec une notable diminution du pus.

aussi, on avait posé le diagnostic de tuberculose pulmonaire, parce qu'il continuait à tousser, qu'il maigrissait et qu'il avait de la fièvre tous les soirs; il avait, de plus, une douleur vague dans le côté gauche. Je trouvai chez lui une grande matité à la base et un affaiblissement notable du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Instruit par le cas précédent, je pensai à des adhérences pleurétiques, et je pratiquai, cette fois de propos délibéré, la thoracotomie; je pénétrai de nouveau en pleines fausses membranes, et j'essayai de libérer le poumon en décollant toutes les adhérences. Mais je n'y pus parvenir. Aussi loin que pénétrait mon doigt, il ne dépassait nulle part les fausses membranes. Drainage comme dans le cas précédent, et guérison aussi rapide et aussi complète.

Je ne veux pas, pour le moment, commenter ces deux faits. J'ai voulu seulement les signaler à titre purement documentaire.

M. Depage. — Dans les cavités purulentes de petites dimensions, je crois aussi que l'opération d'Estländer est indiquée et donne de bons résultats. Si le poumon se trouve entièrement rétracté, il ne faut plus songer à une intervention aussi simple. Mais je ne partage pas l'avis de M. Gallet touchant l'opération de Schede. Je crois que cette opération est également impuissante à faire disparaître le vide qui existe au sommet de la cavité pleurale.

M. Verneuil. — Il me semble cependant que les faits sont là, qui prouvent l'efficacité de l'opération de Schede. On a parfaitement réussi de la sorte à guérir des malades dont le poumon était tout à fait rétracté. Notre collègue Gallet vient de citer précisément un fait démonstratif à ce propos.

M. Depage. — Le poumon était-il complètement rétracté?

M. Verneuil. — La radiographie le démontre.

M. Depage. — On ne peut pas à cet égard se fier d'une façon absolue aux résultats donnés par la radiographie.

M. Verneuil. — Cela est possible. Dans tous les cas, des adhérences peuvent exister à ce niveau entre les deux feuillets de la plèvre pariétale.

Comme il y aurait intérêt à ce que notre collègue Gallet prît part

à cette discussion, et qu'il a dû quitter la séance pour quelque temps, je propose d'ajourner le débat à notre réunion de juillet.

M. Desguin. — Je crois m'être mal fait comprendre tout à l'heure à propos des lavages de la plèvre. Je ne pense pas qu'il faille les faire systématiquement. J'ai dit que, dans bien des cas, ils étaient très utiles, et je le prétends encore, parce que j'ai pu maintes fois me rendre compte de leurs excellents effets. Quant à la ponction comme moyen de traitement dans les pleurésies purulentes chez l'enfant, je veux bien admettre qu'elle soit souvent infidèle; mais puisqu'il y a des cas de guérison bien prouvés, pourquoi ne pas l'essayer?

M. Blondez — Je pourrais citer aussi un cas de pleurésie purulente chez l'enfant, guérie par une seule ponction. Je suis de l'avis de notre collègue Desguin : il faut essayer, puisque le succès est possible. Et je ferai remarquer une chose encore à notre collègue Verneuil, c'est que, à la campagne, la situation du chirurgien n'est pas la même que celle qu'il occupe dans les grands centres, et l'on peut facilement faire admettre par des parents l'idée d'une ponction, tandis que l'on aurait quelque mal à proposer d'emblée une pleurotomie.

M. Depage. — Il y aurait un point, dans l'histoire de la pleurésie purulente, intéressant à connaître. Une pleurésie aiguë peut-elle guérir sans laisser de traces avec rétablissement normal de la cavité pleurale?

M. Verneuil. — Théoriquement, la chose me paraît possible.

M. Desguin. — Je le pense aussi. J'ai eu l'occasion un jour, en faisant une laparotomie, de constater l'intégrité parfaite du cul-de-sac de Douglas. Or cette malade, je lui avais fait subir précédemment une colpotomie postérieure; le Douglas avait été bourré de gaze et drainé longtemps Pourquoi ne pourrions-nous pas observer sur la séreuse pleurale des phénomènes identiques à ceux qui se passent sur le péritoine?

M. Verneuil — Je vais répondre brièvement aux différentes objections qui viennent d'être soulevées.

Et tout d'abord, je ne crois pas avoir déclaré qu'il fallait de parti

pris rejeter les lavages dans le traitement de la pleurésie purulente. J'ai dit qu'en règle générale il fallait s'en abstenir. Notre collègue Desguin croit que nous ne sommes pas loin d'être d'accord. Je le crois aussi. Il estime qu'il faut ne pas recourir aux lavages dans certains cas qu'il indique; je pense que les lavages sont susceptibles de rendre des services en maintes circonstances. Notre proposition est différemment formulée, mais elle aboutit à peu de chose près aux mêmes conclusions.

Ce qu'il y a d'indéniable, c'est que la suppression du lavage systématiquement employé a eu de très heureux effets dans le traitement de la pleurésie purulente. Nous avons pu tous le constater. Nos statistiques sont infiniment meilleures aujourd'hui qu'il y a quelques années. Quant au curettage de la plèvre, c'est là, en effet, un point que j'ai négligé de traiter, et l'oubli est d'autant plus involontaire que le curettage est, à mon avis, une excellente chose. Je ne manque jamais d'y avoir recours.

Je ne puis partager l'avis exprimé par nos collègues Desguin et Blondez relativement à la ponction. Certes, la pleurésie purulente a pu être guérie chez l'enfant par cette manœuvre très simple, — j'ai d'ailleurs noté le fait dans le rapport, — mais c'est là une rare exception. Si, la ponction faite (ou les ponctions, car on s'en tient rarement à une seule), la guérison n'est pas obtenue, et c'est le cas habituel, on sera bien forcé de recourir à la pleurotomie, et l'on aura perdu un temps précieux.

Maintenant la pleurotomie est-elle plus grave que la ponction ? Je ne le pense pas. Le résultat final dépend avant tout de la nature de la pleurésie et de l'état de résistance du malade. Chez un sujet vigoureux ayant une pleurésie à pneumocoques, et qui aurait pu guérir par la ponction, la guérison se fera d'une façon plus certaine par la pleurotomie.

« Il ne faut pas non plus perdre de vue, dit notre collègue Blondez, que, à la campagne, le chirurgien se trouve placé dans des conditions bien différentes de celles qu'occupent les chirurgiens des grands centres : il fera assez facilement accepter l'idée de la ponction par le public, mais la perspective d'une pleurotomie effraiera bien des gens. Les pansements fréquents et minutieux qui suivent l'ouverture de la cage thoracique sont mal commodes à pratiquer pour le chirurgien de campagne et, en cas d'insuccès, sa réputation courra de gros risques. »

Cela est exact, et je crois bien que souvent, dans les petites localités, le chirurgien est tenu de s'arrêter à beaucoup de considé-

rations qui ne nous préoccupent guère; mais c'est là un point de vue auquel il est impossible de se placer dans un travail purement scientifique. Ici la question qui se pose est simple : Dans la pleurésie purulente, que faut-il faire, la pleurotomie ou la ponction ? S'il est prouvé que la pleurotomie constitue l'opération de choix, c'est à la pleurotomie qu'il faut s'adresser, et nulle considération extra-scientifique ne peut modifier la règle qui s'impose dès lors au chirurgien.

Mais si la ponction me paraît devoir être abandonnée dans le traitement de la pleurésie purulente, je ne pense pas qu'il faille la rejeter comme moyen de diagnostic. Il est certain, comme le dit notre collègue Willems, que les signes cliniques sont suffisants pour nous renseigner sur la nature de l'épanchement. Mais pourquoi se priver volontairement d'un élément de certitude presque absolu. Quoi de plus simple, avant de se résoudre à la thoracotomie, que de faire usage d'une seringue exploratrice? Une ponction blanche ne permettra certes point d'affirmer qu'il n'y a pas de pus; mais si l'on en ramène, quelle sécurité pour l'opérateur!

De quelle façon faut-il pratiquer la pleurotomie? Bien des procédés ont été décrits. Notre collègue Willems rappelle celui qu'il a employé le plus volontiers et s'étonne que je n'aie pas parlé de cette question de technique. Tout au début de mon travail, j'ai pris soin de déclarer que je n'aborderais en aucun cas les questions de technique. Je tiens toutefois, ici, à lui répondre que je partage absolument sa façon de voir et que la résection d'un petit segment de côte est un procédé très recommandable.

Notre collègue Desguin affirme que le traitement de la pleurésie purulente est souvent mal compris, que l'on trouverait plus rarement l'occasion de devoir recourir à des opérations graves si les indications thérapeutiques étaient mieux comprises au début.

Nous sommes tout à fait d'accord; mais ce n'est pas à nous, chirurgiens, que le reproche doit s'adresser. Ce sont les médecins qui, généralement, soignent les pleurésies purulentes au début, pratiquent des thoracentèses inutiles, et s'acquittent mal des pansements nécessaires après la pleurotomie.

Notre collègue Willems disait tout à l'heure que les premières manifestations d'une scoliose dans la pleurésie purulente, en cours de traitement, constituaient, pour le chirurgien, une indication excellente dans le sens d'une intervention plus radicale (opération d'Estländer). C'est très possible, mais le signe me paraît insuffisant, car la pleurotomie peut avoir été faite depuis longtemps, la néces-

sité d'un traitement plus complexe peut exister depuis des semaines déjà sans que l'on constate de déviation du rachis. Cette déviation peut ne pas être apparente, même après une résection costale.

Il me reste à répondre à deux questions encore, soulevées par notre collègue Desguin.

Faut-il attacher à la production d'un pneumothorax total une très grande importance, ainsi que cela semble résulter de ce que j'ai écrit à ce sujet? Desguin, d'après ce qu'il a pu observer lui-même, croit que les conséquences de cet accident ont été fort exagérées (1).

En parlant des dangers inhérents au pneumothorax total, je n'ai fait que refléter l'opinion de la grande majorité des chirurgiens sur ce point. Plusieurs relatent des cas de mort brusque au cours d'opérations où la cavité pleurale a été ouverte. Les expériences faites sur les animaux démontrent de façon indiscutable la gravité du pneumothorax. Et cette gravité se conçoit d'ailleurs aisément : la suppression brusque du fonctionnement de tout un poumon doit produire des troubles circulatoires intenses et dont les conséquences peuvent être et sont souvent mortelles. Seulement, ainsi que je l'ai fait remarquer, les cas seront bien rares (même excessivement rares) où, dans les opérations qui se pratiquent sur la plèvre ou le poumon, on trouvera une séreuse tout à fait saine. Les adhérences pourront être lâches et fort peu nombreuses, mais elles existeront presque toujours, et très suffisamment pour empêcher le pneumothorax total de se produire. Un affaissement partiel du poumon n'a qu'une importance très secondaire, et il sera difficile au chirurgien d'apprécier le degré de cet affaissement quand il se produit. Je veux dire que le chirurgien est en général mauvais juge en cette matière parce que des éléments exacts d'appréciation lui échappent. Je prends pour exemple les cas cités par Desguin tout à l'heure. Comment a-t-il pu constater que la plèvre était libre de toute adhérence, et sur quoi peut-il se baser pour déclarer qu'il a vu se produire un pneumothorax total? Rien n'est moins certain. Je crois, en résumé, que la crainte d'accidents graves dus au pneumothorax,

(1) A ce propos, je tiens à réparer ici un oubli. Desguin a publié, en 1887, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine,* une observation très intéressante de *tumeur maligne costo-pleurale,* dans laquelle il fit la résection de deux côtes et de la plèvre et où il obtint une guérison par première intention. Lors de mes recherches bibliographiques, ce document m'a échappé.

à la suite de l'ouverture de la poitrine, est très théorique, et que dans la réalité des faits ces accidents sont exceptionnels. Pour ma part, je ne les ai pas observés.

Enfin, en ce qui concerne la phrase relevée dans mon rapport à propos de l'emphysème sous-cutané généralisé, cette phrase est incomplète: je ne m'en suis pas aperçu en relisant les épreuves. Voici ce qu'il faut lire en réalité : « Ces fractures sont aussi dans le cas de produire un emphysème sous-cutané, en blessant le poumon, emphysème qui peut se généraliser très rapidement. Alors il faudra inciser les téguments au niveau de la fracture, aller à la recherche de la plaie pulmonaire et la suturer. »

Les opérations préliminaires et temporaires dans la chirurgie de la tête et du cou. (Rapport de M. GALLET.)

M. Goris. — Notre collègue Gallet pratique souvent, je le sais, la résection du maxillaire supérieur sans faire de trachéotomie préventive. Est-ce qu'il n'y aurait pas avantage à pratiquer la trachéotomie dans tous les cas? Cela mettrait, je pense, le chirurgien fort à l'aise pour tous les accidents qui pourraient survenir.

M. Gallet. — Quelque avantage que puisse procurer une opération préventive, j'estime qu'il ne faut y recourir que dans le cas d'absolue nécessité. Puis, quand on fait la résection du maxillaire, il faut toujours avoir bien soin de mettre ses malades dans la position de Rose. J'ajouterai que pour les opérations qui se pratiquent dans la cavité naso-pharyngienne, l'incision interthyro-maxillaire me procure, entre autres avantages, celui de pouvoir exécuter facilement, si cela est nécessaire, le tubage du larynx et d'éviter ainsi la trachéotomie.

M. Depage. — Il y a deux procédés de résection temporaire dont notre collègue Gallet a omis de parler; ce sont : l'opération de Krönlein, dont je dirai un mot tout à l'heure, et la résection du maxillaire supérieur par le procédé de Roux.

L'incision interthyro-maxillaire, sur laquelle il insiste beaucoup, est une opération excellente, mais je tiens à souligner ici un fait

que M. Gallet a d'ailleurs énoncé lui-même : c'est que beaucoup de tumeurs du naso-pharynx peuvent être enlevées par les voies naturelles. Des tumeurs pharyngiennes peuvent être aussi enlevées sans trop de difficultés par la bouche. J'ai présenté jadis, à l'une de nos réunions, un malade opéré d'une assez volumineuse tumeur des amygdales et du voile du palais, sans que j'aie dû pratiquer aucune opération temporaire.

Pour moi, la trachéotomie est surtout utile parce qu'elle permet d'isoler l'appareil pulmonaire après l'opération, de tamponner toute la cavité pharyngienne et d'éviter de la sorte ces pneumonies infectieuses qui sont responsables de la mortalité élevée que l'on constate encore dans beaucoup des opérations que nous venons de passer en revue. J'ai recours souvent à la trachéotomie dans ce but. Vous savez de quelle canule je me sers : une canule à trachéotomie ordinaire, mais de très gros calibre et à pavillon étroit. Je fais l'ouverture de la trachée large et je tamponne au-dessus de l'appareil.

A citer encore, dans la liste des opérations préventives, la gastrostomie quand on veut intervenir dans les cancers de l'œsophage.

M. Verhoef. — Ayant été forcé de pratiquer récemment la ligature de la carotide externe, j'ai été fort gêné par la présence d'une véritable tumeur qui rendait cette opération très pénible. Cette tumeur n'était autre que le tronc thyro-linguo-facial anormalement dilaté. Je signale le fait; il est important à connaître. Il faut s'attendre, dans ce cas, à de réelles difficultés de technique.

M. Gallet. — Ainsi que notre collègue Depage vient de le dire, j'ai insisté moi-même sur la possibilité d'arriver assez fréquemment par les voies naturelles à enlever des tumeurs même volumineuses. Trélat, qui avait déjà émis cette idée, faisait remarquer bien justement que beaucoup d'opérations temporaires — que l'on aurait pu facilement éviter — laissaient après elles des mutilations de la face très déplaisantes. C'est là encore un point important à considérer. Un des nombreux avantages de l'incision interthyro-maxillaire est de laisser après elle une cicatrice à peine apparente.

La trachéotomie, faite dans le seul but de permettre des pansements plus rares et de protéger l'appareil respiratoire, est une opération excellente, on ne saurait trop le répéter; seulement, c'est là encore une pratique qui ne doit pas être érigée en règle générale. Si les plaies situées dans la cavité buccale ou naso-pha-

ryngienne ne sont pas trop étendues, on peut — avec des soins de propreté intelligents et fréquents — se passer très bien de la trachéotomie.

Le tronc thyro-linguo-facial crée souvent des difficultés à l'opérateur, quand on fait la ligature de la carotide externe. J'ai constaté cela plus d'une fois, et la réflexion que vient d'émettre à ce sujet notre collègue Verhoef est très juste.

COMMUNICATIONS.

Dr Lauwers (Courtrai). — **De la valeur des injections préventives de sérum antistreptococcique dans les opérations qui portent sur la cavité buccale.**

Parmi les espèces microbiennes que l'on rencontre d'une façon presque constante dans la bouche à l'état normal, le streptocoque occupe le premier rang.

Dornberger a trouvé, dans la bouche des enfants sains, quarante-cinq fois sur cent des streptocoques.

D'après Widal, le streptocoque existe fréquemment dans les cavités nasales, constamment dans la bouche. Chez vingt personnes bien portantes, il a toujours trouvé le streptocoque en quantité très abondante dans la cavité buccale. Il est vrai que ces organismes, empruntés à la bouche normale, ne donnent pas l'érysipèle ni la septicémie au lapin. Mais il a suffi à Widal et Bezançon de les associer à des coli-bacilles de la bouche normale, primitivement dénués de virulence, pour obtenir des races capables de produire l'érysipèle, la suppuration et la septicémie.

Nous savons encore que bon nombre de stomatites, d'angines, de bronchites, de pneumonies reconnaissent le streptocoque comme agent pathogène.

Il convient d'insister d'une manière spéciale sur la *broncho-pneumonie* par fausse déglutition (*Aspirationspneumonie* ou *Verslückungspneumonie* des Allemands), cette redoutable complication des opérations qui font communiquer de larges plaies infectées avec la bouche, et, par son intermédiaire, avec le larynx et les poumons.

D'une manière générale, la broncho-pneumonie est due le plus souvent au streptocoque, plus rarement au staphylocoque, au diplocoque, etc. (1).

« Dans la pathologie des bronches, nous dit Widal, le streptocoque joue un rôle considérable. Il menace sans cesse de descendre de la cavité buccale, qui le recèle constamment. Il est presque toujours partie prenante dans le processus des bronchites simples, muco-purulentes ou hémorragiques, et il est une des causes fréquentes de l'abcès péribronchique dans la broncho-pneumonie (2). »

A fortiori, la pneumonie septique par fausse déglutition, qui résulte du passage, dans la trachée et dans les poumons, de matières infectieuses développées au contact de la cavité buccale, doit-elle être due, dans l'immense majorité des cas, à l'invasion du streptocoque pyogène. Toutefois, malgré des recherches minutieuses et prolongées, je n'ai pu trouver, dans nos traités de pathologie, de données positives à cet égard.

⁂

L'idée de soumettre aux injections préventives de sérum antistreptococcique les malades qui ont à subir des opérations étendues portant sur la cavité bucco-pharyngienne, ne m'est pas personnelle. Elle est due à M. le professeur Denys, de Louvain. Je n'ai fait que la mettre à exécution dans la série d'opérations que j'ai à vous relater.

Dans son remarquable rapport sur les opérations préliminaires et temporaires dans la chirurgie de la tête et du cou, M. Gallet n'a pas fait allusion à l'utilité de ces injections, et il n'avait pas à le faire, — pas plus qu'il n'avait à traiter de la désinfection de la cavité buccale, — attendu qu'elles constituent, non pas une opération préliminaire, mais une simple précaution antiseptique. Néanmoins, j'ai cru pouvoir rattacher ma communication au rapport de M. Gallet, parce qu'elle tend à mettre en relief une manœuvre qui constitue, au même titre que ces opérations préliminaires, une mesure préparatoire, à mon avis des plus efficaces, pour assurer la réussite d'un certain nombre d'opéra-

---

(1) STRÜMPELL, *Lehrbuch der spec. Path.*, Bd I, p. 300, 1896.

(2) *Traité de médecine*, t. I, p. 522, 1895.

tions qui se rapportent à la tête et au cou. Du reste, chemin faisant, j'aurai l'occasion d'insister encore sur l'utilité de la ligature de la carotide externe, opération qui a trouvé une large place dans le rapport de notre honorable collègue.

∴

J'ai dit ailleurs (1) à la suite de quelles circonstances j'ai été amené à pratiquer ma première injection préventive de sérum antistreptococcique et quel admirable succès fut la suite de cette tentative. Je tiens à vous la résumer en quelques lignes.

Première observation. — Il s'agissait d'une petite fille de 4 ans, atteinte de division congénitale de la voûte palatine, chez laquelle deux tentatives d'uranoplastie et de staphylorraphie, faites à deux semaines d'intervalle, furent suivies d'un échec complet, provoqué par une abondante suppuration. Ce fut alors que M. le professeur Denys me suggéra l'idée de faire une troisième tentative et de la faire précéder par une injection préventive de sérum antistreptococcique, « la plupart des infections buccales étant dues au streptocoque ». Ainsi fut fait : 30 centimètres cubes de sérum furent injectés dans la région du cou de l'enfant la veille de l'opération.

On ne saurait le contester, cette nouvelle opération se présentait dans des conditions détestables : il y avait moins d'étoffe et, partant, plus de tension des lambeaux; les bords de la plaie étaient déchirés, déchiquetés et, selon toute apparence, infectés; l'enfant était épuisée par deux pertes de sang assez abondantes et par deux semaines de dénutrition, de fièvre et d'insomnie. Mais, contrairement à mon attente, l'enfant fut à peine incommodée par cette troisième opération. Elle n'eut pas trace de fièvre et, dès le quatrième jour, la réunion était parfaite sur toute la ligne, sans une goutte de pus.

Deuxième observation. — Cancer de la partie antérieure du bord droit de la langue. Injection préventive de 30 centimètres cubes de sérum, au cou, la veille de l'opération. Hémorragie assez abondante, malgré la ligature préalable de la linguale droite; excision de la tumeur qui avait les dimensions d'une pièce de 2 francs.

---

(1) *Études et observations chirurgicales*, vol. I, pp. 50 et suiv.

Absence complète de fièvre : 37°,7 le soir de l'opération ; 37°,4 le lendemain ; les jours suivants, 37° à 37°,3.

Troisième observation. — Chez un enfant de 3 ½ ans, staphylorraphie et uranoplastie, précédées, la veille, d'une injection de 10 centimètres cubes de sérum au cou. Guérison parfaite, sans fièvre, sans rougeur, sans trace de suppuration.

Quatrième observation. — Individu de 39 ans, présentant une double tare : la tuberculose et l'intoxication saturnine, atteint de nécrose simultanée des deux maxillaires supérieurs.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum la veille de l'opération.

Pour mettre les maxillaires à découvert, je pratiquai une double incision commissurale de Velpeau, puis je sectionnai la lèvre supérieure sur la ligne médiane, et je prolongeai cette incision, le long de l'aile droite du nez, jusque près de l'angle interne de l'œil. Je décollai rapidement, en avant et en arrière, avec la rugine, les parties molles de la face et du palais, je détachai la masse osseuse nécrosée, avec la gouge et le maillet, en haut, en arrière et sur les côtés et je l'enlevai en bloc. Elle était formée, en majeure partie, par les corps des deux maxillaires supérieurs, par les apophyses palatines et par les bords alvéolaires. Après nettoyage et tamponnement de la plaie, je suturai les incisions commissurales à l'incision paranasale. Suites excellentes : chute du pouls de 130° à 100°. La température s'éleva, le soir de l'opération, à 38°,1 ; mais, à partir de ce moment, elle ne dépassa plus une seule fois 37°, et elle fut presque toujours inférieure à 36°,6. Je tiens à noter que les trois larges incisions faites à la face et pénétrant jusqu'à la cavité infectée du séquestre et de la bouche, guérirent par première intention, sans trace de pus.

Si j'avais eu constamment le sérum de M. Denys sous la main, je m'en serais servi pour toutes mes opérations intéressant la cavité buccale, indistinctement. Mais je dois le faire venir de loin, pour des malades qui ne peuvent pas toujours attendre, et pour des opérations le plus souvent peu graves dont le succès est assuré sans le secours du sérum. Après avoir cessé, pendant quelques mois, d'y avoir recours, j'ai vu réapparaître les suppurations, à terminaison presque toujours heureuse, qui s'observent régulièrement à la suite des opérations qui font communiquer les plaies avec

la cavité bucco-pharyngienne. Dans le courant des derniers mois, j'ai eu à pratiquer une série d'opérations graves de l'espèce qui nous occupe ; je suis revenu à l'emploi systématique du sérum et j'ai vu de nouveau les infections d'origine buccale disparaître comme par enchantement.

Parmi les opérations que j'ai pratiquées sans le secours du sérum, il en est une qui me semble particulièrement instructive, puisqu'elle tend à prouver que le sérum antistreptococcique est tout aussi capable d'enrayer les accidents infectieux d'origine buccale que de les prévenir.

Cinquième observation. — Adulte robuste qui, à la suite d'abcès d'origine dentaire, avait gardé à la joue une fistule donnant lieu à un écoulement abondant de pus et aboutissant à une surface osseuse dénudée et cariée. Le trajet fistuleux fut élargi, débridé, de manière à communiquer largement avec la bouche. Le maxillaire fut mis à nu et, avec la curette tranchante, j'enlevai plusieurs séquestres assez volumineux. A la suite de cette intervention, il y eut pendant trois jours une fièvre modérée, jusqu'à 38°,5 ; puis éclata brusquement une infection très grave : altération profonde de l'état général, pouls fréquent, jusqu'à 120, température s'élevant graduellement jusqu'à 40° C., gonflement énorme de la joue, agitation, délire et finalement érysipèle bulleux de la face à droite.

J'injectai 100 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

Le lendemain, toute trace d'érysipèle avait disparu ; la joue avait repris son aspect normal ; le pouls était à 80 et la température à 36°,5 le matin et à 37°,2 le soir. A partir de ce moment, la convalescence fut régulière et totalement apyrétique.

Sixième observation. — Cancroïde labial, récidivé sur place, ayant envahi la lèvre inférieure dans toute son étendue, depuis le bord libre jusqu'au menton.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique la veille de l'opération, qui eut lieu le 30 mai 1900, et qui consista à exciser largement les parties molles infiltrées par la dégénérescence, et à combler la brèche par un large lambeau emprunté à la peau du cou.

Réunion *per primam*, sans la moindre élévation thermique.

Septième observation. — Polype naso-pharyngien, gros comme une mandarine, implanté à la base du crâne chez un jeune homme

de 15 ans, épuisé par de fréquentes hémorragies et par un écoulement purulent continuel.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique polyvalent du professeur Denys, à la région du flanc, la veille de l'opération, qui eut lieu le 2 février 1900.

Après avoir lié la carotide externe du côté droit, je pratiquai, pour me donner accès à la tumeur, la résection temporaire du maxillaire supérieur droit, en suivant strictement la méthode indiquée par Kocher. Jusqu'ici la perte de sang fut absolument insignifiante.

L'extraction du polype, détaché à la gouge avec la plus grande facilité, provoqua une abondante hémorragie aussitôt arrêtée par un bon tamponnement.

Le maxillaire fut remis en place; un fil d'argent adossa les deux surfaces de section de la branche montante; quelques crins de Florence réunirent les bords du revêtement muqueux de l'os incisif, de la voûte palatine et du voile du palais.

L'opération terminée, comme le pouls était petit et fréquent, je pratiquai, à quelques heures d'intervalle, deux injections sous-cutanées de 100 grammes de sérum physiologique.

Convalescence apyrétique. Guérison par première intention sur toute la ligne.

Huitième observation. — Cancer ulcéré de la moitié antérieure de la langue chez un individu très vigoureux de 69 ans. L'affection, qui ne remonte qu'à trois mois à peine, a suivi une marche très rapide.

Même abstraction faite de la plaie fétide de la langue, la bouche est infecte. La plupart des dents sont cariées ou réduites à l'état de chicots à pointes acérées. Malgré l'extraction des dents malades, malgré l'emploi presque continu, pendant deux jours, de lotions, de gargarismes et de frictions antiseptiques à l'acide borique, à l'odol et à l'eau oxygénée, le nettoyage de la bouche reste fort imparfait.

La veille de l'opération, je pratique, à la région du flanc droit, une injection de 12 centimètres cubes de sérum antistreptococcique polyvalent du professeur Dengo.

Le 3 mai 1900, je pratique successivement, après désinfection rigoureuse de la peau du cou :

1° La ligature de la carotide externe du côté droit, opération facile et qui ne nécessite l'application d'aucune pince, d'aucune ligature;

2° La ligature de l'artère linguale du côté gauche;

3° L'incision de Velpeau, à droite, depuis la commissure buccale jusqu'au bord antérieur du masséter;

4° L'excision des deux tiers antérieurs de la langue et d'une partie de la muqueuse buccale et du plancher de la bouche. Grâce à l'hémostase obtenue par les ligatures artérielles, cette opération est de toute facilité; pas une goutte de sang ne s'écoule dans la gorge.

Suites de l'opération : elles sont d'une bénignité remarquable. Le soir même, le thermomètre s'élève, il est vrai, à 38°,4 C., et le pouls monte à 90; mais c'est la seule élévation thermique que je constate :

	Matin.		Soir.	
	Température.	Pouls.	Température.	Pouls.
8 mai	Opération.		38°,4	96
9 —	37°,8	92	37°,5	88
10 —	37°,7	84	37°,4	80
11 —	37°,1	80	37°,1	80
12 —	36°,4	76	36°,8	80

L'opéré se lève et se promène dès le troisième jour, et il accuse un bien-être parfait.

Neuvième observation. — Uranoplastie pour division congénitale de la partie antérieure de la voûte palatine. Injection préalable de 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

Réunion par première intention, sans rougeur ni tuméfaction.

Dixième observation. — Individu de 57 ans, opéré, il y a une année à peine, d'un épithéliome de la lèvre inférieure. Le mal a récidivé, envahissant successivement les ganglions et les parties molles de la portion supérieure du cou à droite, la moitié droite du corps du maxillaire inférieur et la muqueuse buccale du côté correspondant jusqu'à l'insertion de la langue. La joue est perforée de part en part par un large ulcère donnant lieu à un écoulement continu de salive et de sanie infecte.

Le malade parvenant à peine à desserrer les dents, la désinfection de la bouche laisse fort à désirer. La peau du cou est rasée, brossée et désinfectée comme à l'ordinaire.

Je pratique une injection hypodermique de 40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique polyvalent, à la région du flanc droit, la veille de l'opération, qui a eu lieu le 1er juin dernier.

Après avoir lié la carotide externe droite, sans avoir une seule pince à appliquer, je pratique l'extirpation de toute la moitié droite du maxillaire inférieur; vers le milieu, le trait de scie dépasse d'un bon centimètre la ligne médiane à gauche. Puis j'enlève largement les parties molles de la moitié supérieure du cou jusqu'à la parotide et l'apophyse styloïde en haut, jusqu'à l'os hyoïde en bas et en dedans; la muqueuse buccale, envahie par le néoplasme, est largement excisée, y compris le bord droit de la langue. Les ganglions carotidiens, augmentés de volume, sont enlevés à leur tour jusque bien au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive. La plaie énorme résultant de cette exérèse est comblée, en partie, par rapprochement des bords de la plaie, en partie par glissement de lambeaux autoplastiques empruntés au cou et à la joue.

Grâce à l'hémostase obtenue par la ligature préalable de la carotide externe, cette grave opération fut d'une facilité étonnante. Pas une goutte de sang ne s'écoula dans le larynx.

Quant aux suites de l'intervention, elles furent remarquablement bénignes. Il est vrai que le troisième jour, le thermomètre marqua 38°,9, mais cette poussée fébrile était due à la stagnation des sécrétions dans la plaie du cou, et il suffit de faire sauter deux points de suture pour ramener d'emblée la température à la normale. Les jours suivants, la température ne dépassa plus 37°,4, et le pouls resta constamment inférieur à 88.

L'opéré se leva le cinquième jour, se promenant, se nourrissant bien et accusant un bien-être parfait.

* * *

Il faut que la désinfection de la cavité buccale soit bien difficile à réaliser, pour que *Kocher* (1) détruise les taches suspectes de la cavité buccale et les cryptes de l'amygdale à l'iode et au thermocautère, et que ces précautions ne mettent pas sûrement à l'abri de graves accidents infectieux. Or, dans les opérations que je viens de relater (sauf la dixième, où le malade ne parvenait plus à ouvrir

(1) *Chirurg. Operationslehre*, 1897, p. 97.

la bouche), la désinfection de la cavité buccale a consisté à extraire les dents cariées ou détruites, et à faire laver la bouche avec des solutions antiseptiques faibles (à l'acide borique, à l'odol, au permanganate, au lysol ou à l'acide phénique). Malgré l'insuffisante banalité de ces précautions, tous mes opérés de la cavité buccale ont présenté une convalescence normale, presque constamment et totalement apyrétique. Pour bien faire saisir la parfaite régularité de cette convalescence, que l'on me permette une comparaison. Tous ceux qui ont pratiqué des trachéotomies avant la découverte du sérum antidiphtérique se rappellent combien étaient abattus, accablés leurs petits malades les premières journées après l'opération, même ceux qui allaient guérir. Ce qui m'a frappé depuis l'emploi du sérum contre le croup, c'est que, dès le lendemain de l'opération, nos petits trachéotomisés sont joyeux, éveillés et déjà guéris; et que la canule, qui auparavant devait rester en place pendant huit à dix jours, peut être enlevée, sans aucun inconvénient, dès le quatrième jour. J'ai trouvé la même mine éveillée et heureuse, avec sommeil facile et prompt réveil de l'appétit chez tous les opérés de la cavité de la bouche ou du pharynx auxquels j'avais injecté du sérum antistreptococcique.

De pneumonie septique par fausse déglutition, il n'en a évidemment pas été question chez aucun de mes opérés. Je n'ignore pas qu'on parvient aisément, dans la majorité des cas, à prévenir cette redoutable complication en lavant fréquemment la bouche et le pharynx, en favorisant l'issue des sécrétions, et surtout en tamponnant, avec de la gaze iodoformée, les cavités anfractueuses qui communiquent avec la cavité bucco-pharyngienne. Mais je suis convaincu qu'une bonne injection préventive de sérum antistreptococcique, en prévenant l'infection des plaies buccales, est le plus sûr moyen d'éloigner avec certitude la pneumonie septique, tout comme la ligature de la carotide externe est le remède le plus simple et le plus sûr à opposer à cette autre complication redoutable des grandes opérations buccales : l'hémorragie.

On pourrait m'objecter — et l'argument a du bon — que le nombre de mes observations est encore trop restreint pour entraîner une conviction définitive; mais à pareille objection il n'y a qu'une réponse à faire : c'est qu'il convient de continuer l'expérience et de multiplier le nombre des cas. Cette réponse, je tâcherai de vous la donner dans quelques mois, et je vous engage à faire l'expérience avec moi.

M. Goris. — J'ai eu deux fois l'occasion de pratiquer une injection préventive de sérum antistreptococcique avant l'uranoplastie.

Vous savez quel mauvais aspect présentent les bords de la plaie dans cette opération, même en cas de réussite. Eh bien, chaque fois, après l'injection préventive de sérum, j'ai constaté que cet aspect tout particulier n'existait pas et la réunion s'est produite avec une facilité et une perfection remarquables.

Dr Hannecart (Bruxelles). — Excision d'un spina bifida sacro-lombaire. Guérison.

La question du traitement du spina bifida n'a pas encore reçu de solution acceptée par tous les chirurgiens. Malgré la grande vogue dont elle a joui, la méthode des injections modificatrices est de plus en plus abandonnée au profit de l'intervention sanglante pratiquée sous le couvert d'une asepsie rigoureuse. En présence du désaccord existant dans le choix du procédé, j'ai cru qu'il pourrait être utile de rapporter l'observation suivante :

Léopold F..., de Gilly, âgé de 7 $^1/_2$ mois, était atteint d'un spina bifida congénital sacro-lombaire. La tumeur, qui était du volume d'une noix, molle, fluctuante et réductible, lors de la naissance, augmenta progressivement malgré une compression locale continue et devint bientôt trop douloureuse à la pression pour permettre l'application du bandage.

Au moment de l'opération, on constatait au niveau de la région sacro-lombaire une saillie médiane, du volume du poing, non ombiliquée, recouverte d'une peau amincie et fort tendue; le contenu de cette tumeur était constitué par un liquide offrant une certaine transparence, et la base d'implantation siégeait à la face postérieure des dernières vertèbres lombaires et de la partie supérieure du sacrum.

L'enfant ne présentait aucun défaut de conformation, aucune atrophie ou paralysie apparente, et l'intelligence semblait en voie normale de développement.

L'excision fut pratiquée le 1er février 1900, avec le concours de MM. les docteurs Labarre et Bullot. Anesthésie chloroformique et soins aseptiques habituels.

La tumeur est contournée un peu au-dessus de sa base d'implan-

tation par deux incisions curvilignes, à concavité interne et se réunissant sur la ligne médiane par leurs extrémités; elle est mise à nu, disséquée et complètement décortiquée jusqu'au niveau du pédicule dont le collet est saisi entre les mors d'un « clamp intestinal », à pression douce. La poche est incisée et, vu l'absence dans son contenu d'élément nerveux important, elle est réséquée au-dessus de la pince.

Après avoir réuni les lèvres de la section par une suture au catgut, on retire la pince et on enfouit cette première suture en appliquant sur la dure-mère un surjet selon le procédé de Lembert. Une série de points séparés permettent de réunir sur la ligne médiane et de manière à recouvrir la brèche osseuse, les fibres internes des masses sacro-lombaires.

Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement compressif recouvrant une mince couche de ouate badigeonnée de collodion.

La fente vertébrale faisant communiquer la tumeur avec le canal rachidien était formée par l'écartement des lames des dernières vertèbres lombaires et de la partie supérieure du sacrum.

Les suites opératoires furent des plus simples; les fils furent supprimés le douzième jour, la réunion de la plaie était alors complète et s'était effectuée *per primam*, sans le moindre écoulement de liquide céphalo-rachidien.

La guérison s'est maintenue et la disparition de l'infirmité dont cet enfant souffrait a certainement eu pour effet de favoriser son développement physique.

Examen de la pièce : Poche sphérique, offrant à l'œil nu une surface interne parfaitement lisse, mais sillonnée par de nombreux filets nerveux très minces, se perdant dans l'épaisseur de la paroi.

L'examen microscopique n'a révélé l'existence d'aucun élément médullaire.

Il s'agissait donc d'une méningocèle.

La fermeture des méninges constitue le « temps » le plus important de cette opération : elle doit être parfaite sous peine de voir survenir une méningite mortelle, consécutive à l'écoulement constant du liquide céphalo-rachidien et à l'infection inévitable de la plaie.

L'application d'un clamp que j'ai pratiquée sur le collet du pédicule, après dissection de la tumeur, a pour but :

1° D'empêcher l'issue au dehors du liquide céphalo-rachidien contenu dans le canal vertébral, évitant ainsi tout risque de syncope mortelle;

2° De rendre nulles les chances d'infection d'origine extérieure en maintenant la cavité méningée hermétiquement close pendant toute la durée de l'intervention.

Cette manœuvre ne gêne en rien l'exploration du contenu de la poche et si, après avoir ouvert le sac, on constate la présence d'éléments qu'il faut repousser dans le canal rachidien, il suffira de maintenir la pince relâchée, pendant que l'on opère la réduction.

En ce qui concerne l'occlusion du sac, la suture offre une sécurité plus grande que la ligature, surtout si on superpose deux rangées de fils comme nous l'avons indiqué plus haut. Enfin, la suture profonde des fibres musculo-aponévrotiques des masses lombaires suffit pour recouvrir et obturer la fissure vertébrale, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours aux procédés ostéoplastiques.

M. Lorthioir. — J'ai pratiqué une trentaine de fois la cure radicale du spina bifida. Les résultats sont peu encourageants; j'entends les résultats éloignés. Pendant un certain temps tout va bien, mais plus tard, à une époque plus ou moins rapprochée de l'opération, les enfants deviennent hydrocéphaliques. Nous verrons donc ce qu'il adviendra de l'opéré de notre collègue. J'ajouterai que son cas est particulièrement favorable : tous les plans anatomiques étaient intacts, l'ouverture moyenne, la poche indemne de filets nerveux. Souvent on trouve la peau absolument translucide, une très large ouverture et dans la tumeur les éléments de la queue-de-cheval.

Pendant un certain temps et avant d'intervenir, je crois qu'il est utile de traiter l'affection au moyen d'injections iodées.

M. Hannecart. — Je n'ignore pas que l'hydrocéphalie suit parfois la cure du spina bifida. Cela n'est point fatal cependant. Et puis cette cure donne au moins une chance de guérison. Que faut-il faire si l'on n'opère pas les malades? Les abandonner au sort fatal qui les attend? Cela n'est point soutenable.

Dr Rouffart (Bruxelles). — **Anomalie génitale. Hernie d'un utérus rudimentaire. Castration et guérison.**

Le contenu anormal des hernies est constitué le plus souvent par la vessie, l'appendice, l'ovaire ou la trompe; la hernie de l'utérus est très rare; je n'en connais qu'un seul cas qui a été rapporté par Legueu et représenté par une figure dans le *Traité*

(Page 228*bis*)



médico-chirurgical de gynécologie de Labadie-Lagrave et Félix Legueu. Je dois immédiatement faire remarquer que dans ces deux cas il s'agit d'utérus rudimentaire. Chez la malade de Legueu, les organes génitaux internes étaient contenus tout entiers dans le sac d'une hernie inguinale; l'utérus mesurait 2 centimètres dans le sens vertical, les trompes étaient oblitérées, l'ovaire n'existait que d'un côté. La malade que j'ai soignée dans mon service était atteinte de hernie de l'utérus rudimentaire ; il n'y avait qu'un ovaire et une trompe bien développée se trouvant dans le petit bassin. En voici tout d'abord l'observation :

Elle est âgée de 22 ans, relieuse de son état; père, mère et frère bien portants. Elle n'a jamais été malade, excepté une fièvre typhoïde de forme légère il y a cinq mois. Jamais elle n'a eu de menstruation. A la région inguinale droite, elle porte une hernie qui est le siège de grandes douleurs. Elle se rappelle avoir toujours souffert de cette hernie, mais depuis trois semaines les douleurs sont assez violentes pour empêcher tout travail; souvent aussi elle a des maux de tête et la sensation de boule hystérique. Un exercice un peu violent lui donne de l'essoufflement et des battements de cœur. A peu près à des intervalles d'un mois, elle a des crises de dysménorrhée qui ne sont accompagnées d'aucune perte. Elle a des désirs sexuels; elle a eu un amant dont les efforts n'ont jamais abouti à l'introduction du pénis. A l'examen, la vulve est normale, le système pileux de la région bien développé. Les grandes et les petites lèvres sont bien formées. Le clitoris, de grandeur normale, est recouvert par le capuchon. Le canal de l'urètre occupe sa place habituelle. Le vagin est imperforé. Si l'on essaie d'y introduire le doigt, la dépression se produit à 2 $^1/_2$ centimètres de profondeur. Le méat urinaire est entouré d'un repli muqueux qui descend et vient se perdre sur les parois de la dépression, y représentant les débris d'hymen. La poitrine est bien développée, les cheveux sont longs, le tissu adipeux abondant; cette personne présente l'aspect du sexe féminin.

Par le palper bimanuel pratiqué sous le chloroforme et par le rectum, on ne trouve aucun organe faisant suite à l'infundibulum vulvaire. Il semble qu'il n'y a en arrière du conduit imperforé qu'un repli fibreux dont on ne peut déterminer la nature. On ne perçoit pas de trace de vagin ni d'utérus, mais contre la paroi osseuse et à l'intérieur du petit bassin à droite on sent manifestement un ovaire volumineux.

Lors de la réunion de la Société de gynécologie, j'ai montré cette

jeune malade à plusieurs des membres de cette Société et j'étais d'avis qu'il n'y avait aucune opération à faire ni par la voie vaginale ni par laparotomie. En effet il n'y avait pas de règles, — pas de dilatation de l'utérus, pas de distension du vagin, — aucun accident sérieux; quelques crises de dysménorrhée qui n'autorisaient pas une intervention chirurgicale. Ce que la malade réclamait, c'était d'être débarrassée de sa hernie et, en raison des douleurs dont cette hernie était le siège, je pensais que le deuxième ovaire que nous ne trouvions pas dans le petit bassin était logé dans le canal inguinal. L'organe hernié se présentait comme un gros ganglion lymphatique roulant sous le doigt et douloureux à la pression.

Je décidai de pratiquer la cure radicale de la hernie et l'ablation de l'organe qui s'y trouvait prolabé.

L'opération eut lieu le 22 mai 1900.

Incision pour la cure radicale de la hernie inguinale; le sac est disséqué, puis ouvert : à l'intérieur se trouve un utérus rudimentaire dont l'angle supérieur de droite adhère intimement au sac. En pratiquant quelques tractions sur l'utérus, l'ovaire gauche très volumineux et la trompe gauche bien formée, munie de son pavillon, arrivent dans la plaie. Je place une ligature sur le sac et je résèque les organes.

Guérison sans autre accident que la suppuration d'un point de suture superficiel.

La malade quitte l'hôpital le 2 juin.

Description de la pièce.

L'utérus paraît avoir la forme d'un utérus unicorne, se courbant vers le côté de l'organe qui est dépourvu de trompe. Il est musculaire et présente des traces de cavité utérine, mais pas dans toute son étendue. Sa plus grande longueur est de 2 $^1/_2$ centimètres du col au bord supérieur. Le bord supérieur mesure transversalement 2 centimètres, et le bord inférieur 1 centimètre. L'épaisseur de l'organe est de 1 centimètre.

La partie inférieure, qui devrait être le col utérin, se continue avec des tractus fibro-musculaires ne présentant aucun des caractères de la portion vaginale du col de la matrice.

Le bord supérieur se continue à droite avec des fibres représentant les ligaments ronds et larges. Ces tissus doublent le péritoine qui se réfléchit et se confond avec la séreuse du sac de la hernie. A gauche, le bord supérieur se continue avec un mesovarium limité en haut par un cordon musculo-fibreux, allant de l'utérus à

l'ovaire. De ce cordon part, le long du bord gauche de l'utérus, un ligament large qui présente à sa partie inférieure la trompe utérine qui est munie d'une cavité. Cette cavité est en rapport avec le rudiment de cavité utérine constaté à la partie inférieure de l'organe. La trompe gauche est bien développée et munie d'un pavillon parfaitement formé. L'ovaire gauche mesure dans son grand diamètre 7 centimètres ; il est scléro-kystique et présente à son extrémité externe un kyste hématique.

L'embryologie rend compte de cette anomalie de développement de la façon suivante : Une seule glande génitale s'est développée sur le corps de Wolff ; c'est l'ovaire gauche.

Cet ovaire se trouvait placé dans le petit bassin du côté droit à cause de la position de l'utérus dans le canal inguinal droit. La situation de l'ovaire m'avait, au moment où j'ai posé le diagnostic, amené à dire que c'était l'ovaire droit que je sentais quand c'était au gauche que j'avais affaire.

Du côté droit il y a eu, en même temps qu'atrophie de la glande génitale, arrêt de développement du conduit de Muller dans sa partie supérieure.

Dans leur partie moyenne, les conduits de Muller, par leur réunion, n'ont donné qu'un utérus rudimentaire et la portion inférieure de ces conduits s'est complètement atrophiée. En même temps que les organes internes étaient arrêtés dans leur développement, les organes génitaux externes qui dérivent du tubercule génital sont arrivés à leur état normal. La transformation du cloaque recto-allantoïdien en sinus uro-génital et anus s'est accomplie parfaitement et le canal de l'urètre s'est formé comme d'ordinaire par rétrécissement du segment inférieur de l'allantoïde et a occupé sa place normale. Il y a eu donc ici un contraste frappant entre le développement des organes internes et celui des organes externes. Il n'en est pas toujours ainsi et l'on constate parfois l'absence des petites lèvres ou bien des seins infantiles accompagnant l'état rudimentaire de l'utérus. Au point de vue embryologique, l'observation que je rapporte est encore intéressante en ce qu'elle constitue un argument décisif en faveur de l'opinion soutenue par Pozzi, qui rattache l'origine de l'hymen à la vulve et non au vagin. Tout ce qui dépend de la partie inférieure des canaux de Muller a été, dans ce cas, arrêté dans son développement ; au contraire, le tubercule génital a accompli toutes ses transformations, et c'est de lui que dépend l'hymen qui a été déchiré par les tentatives de coït et dont nous retrouvons les restes le long

de la paroi de l'infundibulum et autour du canal de l'urètre. Si l'hymen, comme le veut Cadiat, provenait du bourgeonnement du pourtour de l'orifice vaginal, cette membrane n'existerait pas dans un cas semblable à celui dont nous venons de faire la description.

De même chez notre malade, on ne trouverait aucune trace d'hymen, si la formation de cette membrane dépendait de l'adossement des cloisons de la vulve et du vagin lors de la fusion de ces deux cavités.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Dr Gallet (Bruxelles). — **Deux cas de chirurgie pleuro-pulmonaire.**

Je vous présente ici deux jeunes garçons (13 et 14 ans). Ce sont eux qui ont fait l'objet des observations rapportées tout à l'heure au sujet de la pleurésie purulente. L'un a été opéré par la méthode de Schede. Il n'existait plus chez lui qu'un moignon de poumon atteint de sclérose, rétracté dans la gouttière costo-vertébrale; la radiographie me l'a démontré; j'ai fait passer cette planche sous vos yeux. Vous voyez que du côté opéré il n'y a plus trace de respiration, et que la guérison est parfaite. Remarquez aussi combien la scoliose est peu accusée. Cette opération de Schede est la quatrième opération que ce malade a subie. Précédemment j'avais pratiqué chez lui deux fois l'opération d'Estländer, sans aucun succès. Avant cela on lui en avait déjà pratiqué une autre. Je ne compte pas la pleurotomie.

L'autre enfant que voici est guéri parfaitement, ainsi que vous pouvez le voir.

Chez lui la radiographie m'avait démontré qu'une partie du poumon respirait encore. J'ai fait l'opération de Delorme, et avec succès. Remarquez que la respiration se fait encore bien du côté opéré.

Dr Gallet (Bruxelles). — **Tumeur sarcomateuse du pharynx.**

Voici, Messieurs, un malade chez qui j'ai enlevé une volumineuse tumeur de l'amygdale et du pharynx.

Pour arriver à ce résultat, j'ai eu recours à l'incision interthyro-maxillaire. Regardez la cicatrice : elle est à peine visible. L'examen de la cavité bucco-pharyngienne vous permettra de constater qu'il n'y a actuellement plus trace de tumeur. Cette tumeur était un sarcome.

Dr Depage (Bruxelles). — **Tumeurs rétro-orbitaire et de la parotide. Opération de Krönlein et ablation de la parotide.**

La malade que vous avez sous les yeux a été débarrassée d'une grosse tumeur siégeant dans la cavité orbitaire. Je suis parvenu à cette région par une résection temporaire suivant la méthode de Krönlein.

Cette opération consiste à récliner en arrière la paroi externe de l'orbite.

Je vous ferai remarquer en passant que c'est à peine s'il reste une trace de cette opération. Cela tient à ce que j'ai rapproché les bords de la peau par la suture endodermique. A la face, je l'emploie toujours et avec un succès constant.

J'ai pratiqué à cette femme, dans une deuxième séance, l'ablation complète de la parotide. La paralysie de la face qu'elle présente tient à ce que — à un moment donné — le nerf facial se trouva pris dans les mors d'une pince hémostatique. Il n'a pas été sectionné. On peut donc espérer encore que cette paralysie disparaîtra.

Dr J. Verhoogen (Bruxelles). — **Prostatectomie périnéale pour hypertrophie de la prostate.**

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter un malade auquel j'ai fait, il y aura bientôt trois mois, une ablation complète de la prostate, afin

de remédier aux inconvénients qui résultaient pour lui de l'hypertrophie de cet organe. Voici comment j'ai procédé :

Le malade étant couché sur le dos, dans la position de la taille périnéale, les cuisses bien relevées, de façon à exposer largement le périnée, je bourre le rectum au moyen d'une bande de gaze. Un cathéter métallique à forte courbure est introduit dans le canal et maintenu par un aide. Je fais une incision longitudinale partant en avant et à gauche, sur le périnée, au niveau du muscle transverse superficiel, passant à deux travers de doigt en dehors de l'anus, toujours du côté gauche, pour aller aboutir au niveau de l'articulation sacro-coccygienne du même côté. Je sectionne la peau, le tissu cellulaire et je dégage le rectum sur toute sa partie latérale avec le releveur de l'anus, ouvrant ainsi largement le creux ischio-rectal.

Je fais alors une incision transversale perpendiculaire à la première, passant à un bon travers de doigt en avant de l'orifice anal et intéressant le périnée dans toute sa largeur. Je passe entre le bulbe de l'urètre et le rectum, que je sépare l'un de l'autre au moyen des ciseaux, et j'arrive ainsi sur la couche celluleuse qui sépare la prostate du rectum. Cette couche celluleuse se laisse facilement diviser au moyen du doigt et la face postérieure de la prostate est alors mise à nu dans toute son étendue. Le rectum détaché en avant et à gauche est fortement refoulé par un aide du côté droit et en bas, de façon que la prostate apparaît tout entière au fond de la brèche ainsi formée.

J'incise la capsule de la prostate sur toute la longueur du lobe gauche, je la décolle au moyen du doigt et, saisissant le tissu glandulaire au moyen d'une pince à griffes, je détache par morcellement, au moyen de forts ciseaux courbes, tout le tissu glandulaire de ce lobe. Ce tissu est dur, fibreux, et le morcellement se fait à peu près comme celui des fibromes utérins que l'on enlève par la voie vaginale. Lorsque tout ce lobe est enlevé, je fais de même du côté droit du malade, en ayant grand soin de respecter le canal de l'urètre et le col vésical, puis je passe en avant du canal, entre celui-ci et la face postérieure de la symphyse pubienne, où j'enlève aussi de petits noyaux de tissu prostatique. Ceci fait, la capsule prostatique est entièrement vidée de son tissu, l'urètre est complètement dégagé depuis le bulbe jusqu'à la vessie. Le poids du tissu prostatique enlevé est de 75 grammes; c'est un tissu blanc, fibreux, et son extirpation ne donne lieu qu'à un écoulement de sang peu considérable.

En ce moment, l'aide chargé de maintenir le cathéter urétral ayant fait un faux mouvement, la sonde passe au travers de la paroi du canal et vient se montrer dans la plaie. J'introduis alors le doigt dans la déchirure de l'urètre et je pénètre par là sans aucune difficulté jusque dans la vessie; le canal est donc bien libéré dans tout son trajet. J'y place une sonde à demeure, je tamponne la plaie et je mets quelques points de suture afin de réduire un peu l'énorme brèche que j'ai produite.

L'opération fut faite le 7 avril dernier. La cicatrisation fut très lente à se produire et n'est même pas encore complète en ce moment (23 juin). La plaie périnéale n'est pas entièrement fermée et, lors de la miction, elle donne passage à une petite quantité d'urine. Mais cette fistule ne tardera pas, sans doute, à s'oblitérer complètement.

Quant au résultat fonctionnel, il est excellent. Le malade, qui présentait depuis dix ans les troubles habituels de l'hypertrophie prostatique, avait été pris, depuis le mois de janvier, d'accès de rétention complète. A deux reprises, nous avions dû lui mettre pendant plusieurs jours une sonde à demeure pour rendre à son canal un peu de perméabilité. Après cela, le malade pouvait assez facilement passer la sonde trois fois par jour et vidait ainsi sa vessie. En dehors de ces cathétérismes, il n'urinait pas du tout.

Dans un dernier accès de rétention, le cathétérisme avait été très difficile, et le malade, depuis lors, ne parvenait plus à se sonder. Il était donc menacé, à brève échéance, des accidents graves et le plus souvent mortels auxquels sont fatalement exposés les prostatiques qui ne peuvent être sondés régulièrement et convenablement.

Actuellement, au contraire, la miction est facile, de fréquence normale, il vide complètement sa vessie, a des urines parfaitement limpides et se trouve dans un état de santé très satisfaisant.

J'ai cru intéressant, Messieurs, de vous présenter ce malade, parce que l'opération qu'il a subie n'a guère été pratiquée jusqu'à ce jour. La chirurgie de la prostate est encore dans l'enfance et nous n'avons pour ainsi dire aucune ressource, notamment contre l'hypertrophie. Les malades en sont réduits au traitement palliatif : l'évacuation régulière au moyen de la sonde. Ce traitement, lorsqu'il peut être appliqué soigneusement, régulièrement, et avec les précautions aseptiques indispensables, est certainement suffisant dans un grand nombre de cas Mais à côté de ces cas favorables, il en est beaucoup d'autres aussi dans lesquels il ne peut être convenablement appliqué, soit parce que le cathétérisme est difficile, ou que le malade est maladroit, ou bien encore qu'il se trouve dans

des conditions sociales telles qu'il ne peut recevoir les soins assidus et délicats qu'exige la situation. Dans ces cas, il faut bien le dire, il est exposé à toutes sortes d'accidents auxquels, fatalement, il succombera dans un temps plus ou moins court.

Le cathétérisme journalier, le « catheter-life », n'est donc qu'un moyen qu'il faut employer à défaut de remède plus radical. Les tentatives que l'on fait actuellement pour amener une diminution du volume de la prostate en pratiquant la castration, la résection ou la ligature des canaux déférents, ne donnent pas, à mon avis, de résultat satisfaisant; ces opérations sont inspirées, d'ailleurs, par une idée théorique analogue à celle qui a poussé jadis les gynécologues à faire l'ovariotomie double pour amener l'atrophie des fibromes utérins. Aussi la castration et ses succédanés disparaîtront-ils de la chirurgie urinaire comme ils ont disparu de la chirurgie des fibromes de la matrice.

Que faut-il donc faire dans un cas comme celui du malade que je vous ai présenté? Certes l'opération que je lui ai pratiquée est assez dangereuse parce qu'il s'agit toujours, en pareille occurrence, d'un vieillard qui souffre depuis longtemps et dont la santé est profondément altérée. Mais l'expectation est plus dangereuse encore, puisque le malade est exposé à des accidents de tout genre : rétention, fausse route, infection, qui se reproduiront fatalement jusqu'à ce qu'il y succombe. Quant à la cystostomie, à la création d'un méat hypogastrique permanent, elle est suivie d'une incontinence d'urine qui ne la rend pas bien recommandable. Il semble donc rationnel de recourir à la prostatectomie. Si cette opération n'a pas été pratiquée plus souvent, cela tient en partie à ce qu'elle est d'une exécution difficile. La prostate est située profondément; elle est peu accessible, quelle que soit la voie que l'on choisisse pour y arriver; elle est solidement fixée dans sa situation, entourée d'organes qu'il faut se garder de léser. D'un autre côté, la théorie défendue par Guyon et son école, qui admet que l'hypertrophie de la prostate n'est qu'une manifestation de l'artério-sclérose envahissant en même temps la vessie et les reins, doit faire rejeter les tentatives opératoires de ce genre, puisque, la prostate une fois enlevée, la vessie n'aura pas récupéré pour cela sa contractilité, et la rétention d'urine persistera. Cette théorie tend actuellement à être abandonnée, surtout depuis que les résultats obtenus à la suite de l'opération de Bottini ont démontré combien la vessie pouvait rapidement reprendre ses fonctions une fois que l'on supprime l'obstacle prostatique.

Presque tous les chirurgiens qui ont tenté la prostatectomie

emploient la voie hypogastrique. Ils pratiquent la cystotomie sus-pubienne, puis excisent ou énucléent par l'ouverture vésicale les portions de la prostate qui font saillie dans le fond de la vessie et paraissent constituer un obstacle au passage de l'urine. On peut évidemment ainsi, surtout chez des sujets amaigris, arriver à enlever une certaine partie de la prostate, et cette méthode a donné quelques succès quand il s'agissait d'une hypertrophie limitée au lobe médian; mais on ne peut évidemment songer à enlever ainsi toute la prostate, et il suffit d'avoir tenté l'opération chez des malades un peu obèses pour se rendre compte de la difficulté que l'on éprouve chez eux à manœuvrer dans la profondeur de la vessie.

Le procédé que j'ai employé me semble préférable à tous égards. La voie périnéale, quelle que soit l'incision que l'on emploiera, constitue la route la plus directe pour atteindre et mettre à nu la face postérieure de la prostate dans toute son étendue. La déchirure de l'urètre qui s'est produite au cours de mon opération, en me permettant d'introduire le doigt dans le canal jusqu'à la vessie, m'a montré combien cette manœuvre faciliterait la suite de l'opération. Aussi conseillerai-je dorénavant d'aller délibérément l'ouvrir dès que la prostate est mise à jour, de pousser l'index de la main gauche jusque dans la vessie et d'accrocher ainsi la prostate de façon à pouvoir l'attirer à soi et l'énucléer plus facilement.

Le résultat obtenu chez le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est très satisfaisant; l'opération que j'ai pratiquée chez lui me paraît donc devoir être tentée de nouveau dans les cas analogues.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Instruments pour la craniectomie.

M. Gallet. — Voici, Messieurs, quelques instruments employés dans la craniectomie. Ce sont deux modèles de sondes qui sont destinés à passer la scie entre deux orifices de trépanation. Ces sondes sont d'invention récente. L'une consiste essentiellement dans un fil double, de courbure variable, fixé sur un manche; l'autre dans une lame courbée à l'une de ses extrémités, repliée sur

les bords. Ces plis maintiennent et conduisent une baleine plate que l'on peut de la sorte introduire par l'un des orifices et faire sortir par l'autre. Ces instruments ne me paraissent guère pratiques, et je leur préfère de beaucoup la sonde à boudin dont j'ai donné la description dans mon rapport. Quant à la scie, vous la connaissez, c'est la scie de Gigli. Elle est pratique et rend d'excellents services.

Instrument pour la résection costale.

M. Depage. — La cisaille, Messieurs, que j'ai l'honneur de vous présenter est le costotome de Collin.

Voici les modifications que j'y ai fait apporter. Comme vous pouvez le voir, j'ai fait affiler, en forme de rugine, les deux extrémités de la branche femelle. De cette façon, il m'est possible de dénuder la côte de son périoste en me servant de la rugine qui se trouve du côté de la poignée. D'autre part, en introduisant la branche femelle sous la côte, je puis du même coup la dépérioster inférieurement. Il ne me reste plus qu'à articuler l'instrument. Ce seul costotome peut donc servir à pratiquer une résection costale.

Le Secrétaire,
H. VERNEUIL.

Bruxelles. — Imprimerie Hayez, rue de Louvain, 112.

Séance du 21 juillet 1900.

PRÉSIDENCE DE M. LE D[r] ROUFFART.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend des lettres de MM. BLONDEZ, DESGUIN et LAUWERS qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

DISCUSSION.

A propos du traitement de la pleurésie purulente.
(MM. DEPAGE et GALLET.)

M. Verneuil propose de remettre cette discussion à la prochaine séance. — *Adopté.*

A propos d'une malformation génitale : hernie d'un utérus rudimentaire. Castration par incision inguinale. Guérison. (M. ROUFFART.)

M. Diederich. — Messieurs, je vous présente ici une pièce provenant d'une opération pratiquée récemment chez une jeune fille; il s'agit d'une cure radicale de hernie avec malformation génitale

que l'on peut rapprocher du cas signalé par notre collègue Rouffart à la dernière séance.

A l'ouverture du sac, nous trouvons dans celui-ci un ovaire et un utérus rudimentaire; celui-ci a une longueur de 3 centimètres environ du col au bord supérieur; le bord supérieur mesure transversalement 2 centimètres, et l'extrémité inférieure se perd insensiblement dans les tissus fibreux qui représentent chez notre opérée le vagin. L'ovaire a ses dimensions à peu près normales et a l'examen macroscopique nous y trouvons des traces de follicules jaunes qui ne laissent pas de doute sur la nature de l'organe. L'utérus présentait à la coupe des traces de cavité utérine.

Le diagnostic porté était celui de hernie congénitale; nous ne possédions avant l'opération pas de renseignements sur les fonctions génitales de cette jeune fille, âgée de 21 ans; ce n'est que l'examen approfondi des organes génitaux externes au moment de la découverte de cet utérus rudimentaire qui nous a révélé chez elle l'absence absolue de vagin. La vulve est normale, le système pileux bien développé; les grandes et petites lèvres, le clitoris et le méat urinaire sont normaux. L'hymen existe intact et se laisse déprimer légèrement. Tout l'aspect extérieur de cette jeune fille est celui d'un type du sexe féminin et elle a des désirs sexuels.

Nous n'avons pas su découvrir l'ovaire droit ni la trompe droite au moment de l'opération.

M. Rouffart. — La pièce présentée par notre collègue est en effet très intéressante. Je me bornerai à faire remarquer que la présence d'ovaires dans un sac herniaire est un fait qui, tout en étant rare, a été observé déjà nombre de fois. Ce qui constitue l'intérêt de mon observation, c'est qu'ici l'utérus seul se trouvait dans le sac.

M. Depage. — Dans de semblables cas de malformation génitale, il faut savoir que les caractères des organes externes sont insuffisants pour déterminer d'une façon sûre le sexe de l'individu. L'examen microscopique des organes internes, mal déterminables par un examen macroscopique, peut seul conduire à la vérité.

M. Verneuil. — C'est vrai, et l'on peut en trouver la preuve dans un cas que j'ai observé il y a quelques années et dont notre collègue Rouffart se souvient certainement.

Le sujet était hermaphrodite, mais cependant l'examen des

organes génitaux ne laissait guère de doutes quant au sexe. Le clitoris était très volumineux, mais ses caractères étaient nettement tranchés. Le méat urinaire était situé normalement ; il y avait un vagin court, se terminant en cul-de-sac ; les grandes lèvres étaient normales. Une barbe clairsemée encadrait le visage. Les seins étaient de grosseur moyenne. D'ailleurs, tous les penchants étaient féminins, à telle enseigne que le sujet se livrait à la prostitution dans une maison publique et faisait son métier à la satisfaction de tous, et à la sienne propre — au moins le déclarait-il.

Or, comme il portait à gauche une hernie qui le faisait beaucoup souffrir, il voulut s'en débarrasser. Notre collègue Rouffart l'opéra. Dans le sac se trouvait un testicule absolument normal.

M. Lorthioir. — Il arrive que la déclaration du sexe prête à des erreurs.

J'ai eu l'occasion de voir un enfant déclaré du sexe féminin à l'état civil et qui présentait en effet, à première vue, toutes les apparences d'une fille. Les organes génitaux externes étaient représentés par des grandes lèvres et un clitoris très développés.

Un examen moins superficiel a facilement démontré que les pseudo grandes lèvres étaient constituées par un scrotum dont le raphé médian séparait les bourses en deux poches contenant chacune un testicule, tandis que la verge, très petite et atteinte d'hypospadias très marqué, était recouverte d'un prépuce incomplet formant le capuchon.

Chez cet enfant, il n'y avait pas de vagin, mais il arrive, dans des cas plus complexes, que le rectum s'ouvre au fond du sillon scrotal de façon à simuler un orifice vulvaire : c'est un exemple semblable que j'ai observé dans le service de M. le professeur Charon et que j'ai publié dans la *Clinique* (1).

M. Verneuil. — Des cas comme celui que je viens de citer sont excessivement rares. Généralement l'inspection attentive des organes génitaux externes suffit à différencier les sexes ; mais, je le répète, la confusion est possible, je viens d'en donner la preuve. En principe, la remarque de M. Depage est absolument vraie : l'examen microscopique des organes internes est seul capable de lever tous les doutes.

---

(1) 7e année, 1892, nº 2.

COMMUNICATIONS.

Dr Lauwers (Courtrai). — **Abcès sous-phrénique.**

Dans l'observation qu'on va lire, mon rôle a été tout à fait secondaire.

Le mérite de l'avoir étudiée, d'en avoir recueilli tous les détails, d'en avoir suivi toutes les phases et d'être arrivé à un diagnostic d'une absolue précision, appartient en première ligne à M. le Dr Butaye, de Loo, et en second lieu à M. le Dr Depla, de Courtrai.

Les détails qui vont suivre m'ont été gracieusement fournis par M. le Dr Butaye.

« H. L..., jeune homme de 21 ans, est issu de parents sains; ses frères et sœurs, au nombre de cinq, jouissent d'une bonne santé.

» L'opéré n'a jamais été malade, à part quelques indispositions légères qui apparaissaient de préférence au printemps. Six semaines avant l'apparition de sa maladie, il a commencé à perdre l'appétit et les forces, il devenait pâle et maigre. Il continuait cependant à travailler aux champs comme ses frères; mais il ne mangeait plus comme d'habitude, ses digestions se faisaient mal, de temps en temps il éprouvait des douleurs assez intenses dans la région épigastrique, douleurs qu'il attribuait lui-même à une maladie d'estomac; le soir, il avait très souvent des frissons et de la fièvre. Les trois derniers jours qui précédèrent l'apparition de sa crise douloureuse, le travail lui était devenu fort pénible et il était de plus en plus abattu et accablé. La veille, il fit encore une promenade de plus d'une lieue et prit plusieurs verres de bière.

» Le 15 mai 1899, tandis qu'il était occupé à couper de la paille, travail assez fatigant, il ressentit brusquement une *douleur atroce* dans le ventre. Cette douleur s'était déclarée et se maintenait principalement dans la région épigastrique, s'irradiant dans tout le ventre, dans les lombes, le dos et surtout dans le côté droit. Appelé à la hâte, je constatai que l'état du patient était de toute gravité. Son visage était pâle, défait, couvert de sueur. Il criait, se lamentait, se tordait sous la douleur; de temps en temps, il avait un vomissement bilieux. La paroi abdominale, rétractée par le

spasme musculaire, était dure comme une table, la percussion et la palpation étaient impossibles. Traitement : applications chaudes laudanisées. A l'intérieur, morphine et laudanum.

» Le lendemain, la douleur était un peu calmée, mais le ventre était fortement ballonné et très sensible. La partie supérieure de l'abdomen, correspondant aux régions épigastrique et hypocondriaques, faisait relief sur les parties inférieures, et une sonorité, grave comme celle d'un tambour, couvrait la matité du foie et s'élevait jusqu'au cinquième espace intercostal. De temps en temps se produisait un vomissement muqueux. La température était à 40° C., le pouls à 120 et la respiration, très superficielle et saccadée, à 36.

» Les jours suivants, les parties inférieures de l'abdomen se relâchèrent, tandis que la zone supérieure demeurait renflée, rénittente, douloureuse et conservait sa sonorité grave de tambour. A ce niveau, on entendait un souffle à bruit métallique, isochrone aux mouvements respiratoires. »

M. Depla fut appelé en consultation le 23 mai. De concert avec M. Butaye, il pratiqua un examen minutieux, et il a bien voulu me transmettre les détails qui vont suivre.

A la *partie postérieure* de la poitrine, à droite et en haut, c'est-à-dire dans la région qui, à l'état normal, correspond au lobe supérieur du poumon droit, la sonorité et la respiration étaient normales.

Plus bas, vers le milieu de l'omoplate, sur une étendue de 10 centimètres de largeur à partir de la colonne vertébrale, et de 5 à 6 centimètres de hauteur, il y avait un souffle bronchique intense.

Plus bas, matité complète et silence.

Une ponction pratiquée dans cette dernière zone ramena du sang noir (foie); faite plus haut, elle fournit du sang vermeil (poumon).

Par devant, la sonorité et la respiration étaient normales jusqu'au niveau du mamelon. Au-dessous du mamelon, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, il y avait, à la percussion, une sonorité profonde et, à l'auscultation, un souffle métallique à chaque inspiration. Cette sonorité et ce souffle s'étendaient, à droite, jusqu'au delà de la ligne axillaire et, à gauche, jusqu'au delà de la ligne parasternale.

L'estomac était refoulé sous l'hypocondre gauche.

Les jours suivants, la voussure de l'épigastre et de l'hypocondre droit s'affaissa graduellement; la zone de sonorité profonde diminua en hauteur, tout en restant la même dans le sens transversal. Voici, du 24 mai au 4 juin, la marche de la température, du pouls et de la respiration :

	Température.	Pouls.	Respiration.
24 mai	37°,9	84	32
25 —	37°,7	84	26
26 —	37°,7	80	22
27 —	38°,5	80	24
28 —	37°	84	22
29 —	38°,4	96	28
30 —	38°	100	28
31 —	37°,8	84	32
1er juin	38°,4	84	28
2 —	37°,4	84	18
3 —	38°	88	22
4 —	38°	92	24

Tout en ingérant des aliments liquides en quantité assez abondante, le malade s'affaiblit et s'affaissa de jour en jour davantage. Vers la fin du mois de mai, la jambe gauche s'était gonflée et était devenue douloureuse; mais cette tuméfaction disparut au bout de huit jours.

Dans le but d'assurer définitivement le diagnostic, et avant de recourir à l'intervention du chirurgien, MM. Butaye et Depla pratiquèrent, le 7 juin, une ponction aspiratrice au centre de la zone sonore et tympanique. La seringue ramena du pus très fétide.

Je fus appelé à pratiquer l'ouverture de l'abcès gazeux sous-phrénique le 10 juin. Un examen sommaire me permit de vérifier la parfaite exactitude des données fournies par mes collègues. A l'auscultation de la zone tympanique, j'entendis, avec une netteté remarquable, un souffle très doux avec, à chaque inspiration, un tintement métallique comparable au tintement d'une cloche très grêle dans le lointain.

Anesthésie au chloroforme. Incision longue de 10 centimètres,

parallèle au rebord costal droit, à 1 centimètre au-dessous de ce rebord et correspondant par son milieu à la ligne mamillaire. Je pénétrai en plein dans l'abcès. Une énorme quantité de pus grisâtre, très fétide, charriant des grumeaux caséeux, s'écoula à l'extérieur. La cavité de l'abcès était limitée en haut par la voûte du diaphragme, en avant par la paroi abdominale ; le foie était fortement refoulé en arrière, en bas et vers la ligne médiane. Après avoir pratiqué un lavage abondant à l'eau bouillie, je réséquai un fragment de la neuvième côte, dans le but d'assurer le fonctionnement de deux gros drains adossés en canons de fusil et traversés perpendiculairement, à leurs extrémités périphériques, de deux épingles de sûreté. Pansement humide composé de larges compresses de gaze imbibées d'une solution de sublimé à 1 °/₀₀, d'une épaisse couche d'ouate et d'une bande.

Je n'ai pas revu le malade, mais M. le Dr Butaye a eu soin de me fournir à son sujet les renseignements suivants :

« 21 juillet. — L'opéré va bien. Sa fièvre l'a quitté le jour même de l'intervention. La température est de 37° C., matin et soir. Il mange et boit comme avant l'opération : lait, bouillon, potages, œufs, pain, viande, bière, vin. Je renouvelle le pansement tous les jours. Au moyen de l'irrigateur, je fais passer chaque fois 2 litres d'eau bouillie dans la cavité; puis deux drains n° 7 et un bon pansement absorbant assurent l'écoulement des liquides. Les premiers jours, le pus exhalait une fort mauvaise odeur; actuellement il est presque inodore, d'un gris blanc, assez abondant et charrie parfois de petits grumeaux d'aspect caséeux. Une fois le pansement appliqué, le malade ne souffre plus. La respiration est normale; le pouls oscille entre 84 et 96.

» 4 août. — Depuis huit jours, notre opéré va beaucoup moins bien. Il a pâli; son pouls est faible et il a eu, à deux ou trois reprises, une fièvre assez élevée : 38°,5 à 39° C. La plaie répand une mauvaise odeur. Ce matin il a eu : température, 38°,5 ; pouls, 96 ; respiration, 24; ce soir : température, 39°; pouls, 96; respiration, 28. La plaie tend à se fermer, mais je parviens à y introduire les deux drains. La cavité de l'abcès est encore toujours très profonde, jusque 20 centimètres par endroits. La sécrétion est aqueuse, teintée de sang décomposé. J'injecte tous les jours 4 litres d'eau bouillie additionnée de sel et de créoline. Les pièces de pansement et les drains sont bouillis avec soin. »

Ces symptômes alarmants ne tardèrent pas à se dissiper. Vers la fin du mois de septembre, il ne restait plus qu'une fistule très

étroite, mais assez profonde, et le malade put reprendre ses occupations.

.·.

Nos traités classiques de chirurgie (Kœnig, Duplay et Reclus, Le Dentu et Delbet, Treves, etc.) ne consacrent à l'étude de l'affection qui nous occupe que quelques lignes à peine, alors qu'il faudrait des pages

Par contre, Greig Smith, dans son *Abdominal Surgery*, a publié sur l'abcès sous-diaphragmatique une étude détaillée, absolument remarquable. Il fait, notamment, une distinction radicale entre les abcès sous-phréniques consécutifs à une perforation de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'estomac, et entre les abcès sous-phréniques rétro-péritonéaux résultant de la propagation d'une appendicite suppurée.

.·.

L'abcès sous-phrénique est une maladie rare, puisque Lang (*Ueber sub-phrenische Abscesse*, Moscou, 1895), après des recherches minutieuses et prolongées, n'est parvenu à réunir, en tout et pour tout, que 176 cas. Il est vrai que, depuis 1895, ce chiffre s'est notablement accru.

Les collections purulentes sous-phréniques peuvent reconnaître des causes multiples : lésions du foie, de la rate, du duodénum, de l'appendice iléo-cæcal, etc. Mais, dans la majorité des cas, l'abcès sous-diaphragmatique se rattache à un ulcère perforant de l'estomac.

Lorsque la rupture survient brusquement après un repas copieux, le péritoine est inondé de substances alimentaires : il survient une péritonite par perforation, rapidement mortelle.

Mais il n'en est plus nécessairement ainsi lorsque la perforation est petite et l'écoulement du contenu stomacal peu abondant : fidèle à sa tactique providentielle de défense, le péritoine, à la lisière de l'épanchement, contracte aussitôt, avec le péritoine adjacent, des adhérences protectrices, qui circonscrivent l'abcès en s'opposant à la diffusion des matières septiques.

Le siège précis de l'abcès sous-phrénique d'origine stomacale varie avec le siège de la perforation. Dans les cas relativement rares où la paroi postérieure de l'estomac est perforée, l'épanchement envahit le péritoine et l'abcès consécutif occupe l'arrière-

cavité des épiploons. Il suffit alors que les bords de l'hiatus de Winslow soient agglutinés pour empêcher le pus de s'écouler dans la grande cavité péritonéale. Mais cette éventualité — je veux dire l'existence de l'abcès sous-phrénique par perforation de l'arrière-cavité des épiploons — est rare, pour deux raisons : d'abord parce que cette perforation elle-même est beaucoup moins

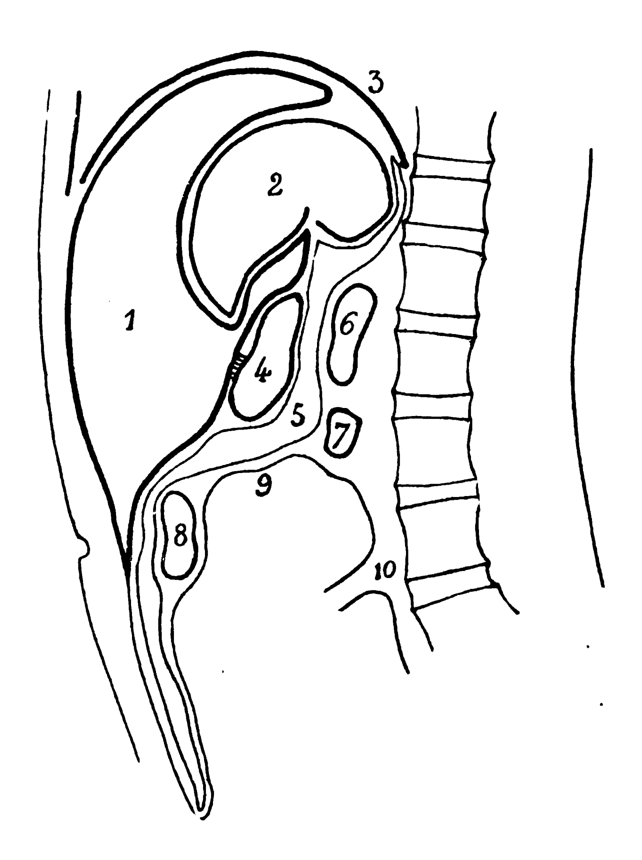


FIG. I. (Schéma, d'après GREIG SMITH.) — 1. Abcès gazeux sous-phrénique. — 2. Foie. — 3. Diaphragme. — 4. Estomac. — 5. Arrière-cavité des épiploons. — 6. Pancréas. — 7. Duodénum. — 8. Gros intestin. — 9. Méso-côlon transverse. — 10. Racine du mésentère.

fréquente à la face postérieure qu'à la face antérieure de l'estomac; ensuite parce que les adhérences contractées dans ces circonstances entre la face postérieure de l'estomac et le pancréas ou la

rate, mettent obstacle à l'issue du contenu stomacal dans l'arrière-cavité des épiploons.

Quatre-vingt-cinq fois sur cent cas, d'après Dreschfield, la perforation a lieu à la face antérieure de l'estomac. Le contenu gastrique s'écoule alors dans le creux gastro-hépatique, et si des adhérences péritonéales parviennent à arrêter cet écoulement en bas et sur les côtés, l'abcès reste circonscrit entre le diaphragme en haut, le foie et l'estomac en bas et en arrière (voir fig. 1), et des adhérences entre le grand épiploon et la paroi abdominale antérieure en bas et en avant. Le ligament falciforme du foie limite l'abcès sur la ligne médiane et le ligament coronaire l'arrête à la face supérieure du foie sous la coupole du diaphragme. Comme j'ai pu m'en convaincre par le toucher, dans l'observation précédente, le segment antérieur du foie plonge en plein dans l'abcès qui se trouve limité, à la face inférieure de cet organe, par l'épiploon gastro-hépatique (voir fig. 1).

La perforation de la paroi gastrique antérieure et l'abcès qui en résulte peuvent aussi siéger à gauche, en dehors du ligament falciforme; mais le cas est rare, et je n'ai pas à m'en occuper ici.

∴

Tous les cliniciens ont insisté sur les difficultés du *diagnostic* du pyothorax sous-phrénique. Les phénomènes thoraciques, constatés par l'auscultation et la percussion, peuvent prendre une grande importance et faire croire à une lésion du poumon ou de la plèvre. Parmi les symptômes qui, dans l'observation présente, ont mis mes deux collègues sur la voie du diagnostic, je me borne à mentionner : le début brusque, péritonitique de la maladie; la voussure, douloureuse à la pression, des régions épigastrique et hypocondriaque droite; la sonorité amphorique substituée à la matité du foie et étendue jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En outre, il est probable que chez notre malade la tuméfaction sus-ombilicale, sonore dans le décubitus dorsal, serait devenue mate dans la station debout, inclinée en avant, le pus tendant à gagner les régions déclives.

∴

Traitement. — Deux voies ont été suivies pour pénétrer dans la collection purulente : la voie thoracique et la voie abdominale. L'une et l'autre ont donné un nombre égal de succès.

Dans le cas présent, l'hésitation n'était pas permise. Il existait une tuméfaction sonore dans la région sus-ombilicale, soulevant les fausses côtes, et sur la nature de laquelle la seringue aspiratrice de Pravaz ne laissait aucun doute.

La résection costale, à la base du thorax, me paraît surtout convenir aux cas, du reste assez fréquents, où la prédominance des symptômes thoraciques fait naître dans l'esprit du chirurgien un doute sérieux sur le siège précis — sus-phrénique ou sous-phrénique — de la collection purulente.

Dr Vince (Bruxelles). — **Quelques cas de cure chirurgicale des varices par le procédé de Moreschi.**

MESSIEURS,

La cure chirurgicale des varices des membres inférieurs n'est entrée dans la pratique courante que depuis les expériences de Trendelenburg. Ce chirurgien démontra le premier le rôle prépondérant de l'insuffisance valvulaire de la saphène interne dans l'éclosion des divers troubles circulatoires et trophiques qui atteignent les membres variqueux. Il fit de cette insuffisance une indication opératoire; il importe donc de la rechercher chez chaque variqueux.

Il serait superflu de vous remémorer les différentes manœuvres qui permettent de la découvrir; vous les avez tous présentes à l'esprit.

Mais si les données de Trendelenburg suffisent dans la pluralité des cas pour nous édifier sur l'état d'insuffisance des vaisseaux veineux, il en est cependant où ce mode de contrôle ne pourrait déceler l'altération valvulaire.

Celle-ci, en effet, ne se traduit pas toujours par une dilatation plus ou moins prononcée des veines. Certaines saphènes non apparentes, de volume normal, peuvent être parfaitement insuffisantes, et vous vous rappelez, Messieurs, les expériences très concluantes que réalisa Delbet pour démontrer ce fait.

Dans ces cas, il convient de substituer les sensations tactiles aux sensations visuelles, suivant la recommandation du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. En palpant la veine, on sent nettement, dit-il, celle-ci

se tendre sous le doigt lorsque le malade est debout ou qu'il fait des efforts.

En présence de troubles trophiques présumés d'origine variqueuse, tels que : hémorragies veineuses, ulcères survenant sur des membres d'apparence normale, il ne faudra donc jamais négliger de recourir à la manœuvre de Delbet pour établir l'insuffisance valvulaire.

Celle-ci étant la cause première des troubles observés, il était logique de chercher à suppléer à l'absence ou a l'imperfection des valvules par des barrières artificielles.

C'est de ce principe que découlent tous les procédés en usage dans la cure chirurgicale des varices, depuis celui de Trendelenburg jusqu'à celui de Moreschi, le dernier en date.

La ligature simple n'ayant point donné les résultats espérés, soit qu'il y eût retour à la perméabilité du vaisseau lié, soit que la ligature portât en un point inférieur à l'abouchement d'une collatérale importante, soit enfin que la saphène comprît plusieurs branches, on compléta ce procédé par la section du vaisseau entre deux ligatures.

Celle-ci fut passible des mêmes reproches, les expériences de Mickelich ayant établi que, même après section, la lumière du vaisseau pouvait se rétablir et le sang reprendre son cours primitif.

Pour obvier à ces imperfections, on proposa, vous le savez, la pratique des ligatures étagées avec résection d'un fragment de veine de 4 à 5 centimètres; c'est encore un des procédés le plus en faveur aujourd'hui. Je ne fais que vous rappeler en passant les opérations complémentaires de Schwartz et de Ledderhoze, et j'en arrive au procédé imaginé par Moreschi. L'auteur s'en est servi surtout dans les cas d'ulcères variqueux.

Il consiste à pratiquer une incision à la partie supérieure de la jambe, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ulcère; une autre à 1 centimètre au-dessus des malléoles. Ces incisions sont circulaires et la section des tissus s'étend jusqu'à l'aponévrose.

On lie les veines sectionnées ainsi que les anastomoses profondes que l'on découvre, et l'hémostase étant assurée, on rapproche simplement les lèvres de la plaie sans rechercher la réunion immédiate. Avant de suturer la plaie sus-malléolaire, Moreschi fait deux boutonnières dans l'aponévrose, de façon à mettre à nu les veines tibiales postérieures et péronières. Il les enlève en cas de varicosités.

Si le réseau veineux de la cuisse est fort développé, il pratique une troisième incision analogue aux précédentes au niveau du tiers inférieur de cette région.

Dans les diverses opérations qui ont été pratiquées dans le service de M. Depage, ce procédé a été fidèlement suivi, sauf en ce qui concerne la résection des vaisseaux profonds, que nous avons toujours évitée, de même que l'excision de l'ulcère. Ce qui nous a amené à lui donner la préférence, c'est la constatation de nombreux cas de récidive chez des malades opérés par le procédé de ligatures étagées, avec résection, récidives qui ne peuvent être attribuées qu'au rétablissement d'une circulation collatérale par anastomoses entre les différents tronçons de la saphène.

Le procédé du chirurgien italien met à l'abri de cette éventualité : il ne laisse échapper aucune collatérale et isole d'une façon parfaite et définitive les différents segments veineux.

Un autre de ses avantages est de prévenir l'insuffisance valvulaire de la saphène externe, ou d'y parer si elle existe déjà.

La section des nerfs saphènes interne et externe n'offre aucun inconvénient; le retour de la sensibilité est assuré par les anastomoses nerveuses

Un reproche plus fondé peut lui être fait : c'est celui de laisser persister dans la partie supérieure de la cuisse un *circulus viciosus*. L'absence ou l'insuffisance des valvules à la partie supérieure de la saphène fait qu'une certaine portion du sang conduit par la fémorale reflue dans la saphène, d'où la possibilité de troubles nutritifs nouveaux.

On obvierait facilement à cet état de choses en complétant le procédé de Moreschi par la ligature de la saphène au niveau de son abouchement. Cette ligature pourrait constituer le premier temps de l'opération; on parerait du même coup au danger signalé par Pitzorno qui, dans un cas de varices opérées de cette façon, observa un décès par thrombose. Je me propose d'appliquer cette modification lors d'une prochaine intervention.

Dans les sept cas qui ont été opérés jusqu'à ce jour dans le service de M. Depage, nous avons obtenu des résultats immédiats excellents : suppression de toute douleur, disparition complète des varices au bout d'une quinzaine de jours; la station debout prolongée ne les faisait pas reparaître.

La cicatrisation des ulcères est très favorablement influencée par cette opération. Des ulcères complètement atoniques se cou-

vrent de bourgeons au bout de quatre à cinq jours, et la cicatrisation se poursuit rapidement, sans le secours d'aucun traitement local.

Pendant les dix ou douze premiers jours où le malade se lève, on note vers le soir un œdème assez considérable du pied. Cet œdème va en diminuant et finit par disparaître.

Ce procédé réalisera-t-il tout ce qu'il semble promettre ?

Il est difficile, Messieurs, de l'affirmer dès maintenant, notre première intervention ne datant que de sept mois.

Je me réserve de vous en faire connaître les résultats éloignés.

M. Depage. — Actuellement il n'existe pas de procédé idéal pour la cure des varices. On a recommandé de nombreuses opérations; il s'agit de s'adresser à la meilleure. La meilleure est à mon sens l'opération décrite par Moreschi et dont M. Vince vient de vous entretenir.

Ici l'on sectionne toutes les veines. C'est là le point important, car j'ai pu me rendre compte plus d'une fois qu'il y avait, non pas une seule saphène, mais deux et trois vaisseaux qui méritaient d'être appelés de la sorte, étant donné l'office que visiblement ils remplissaient.

Quoi qu'en dise notre collègue, la cure radicale des varices est un des facteurs les plus importants de la guérison des ulcères.

Je vous disais que je considère le procédé de Moreschi comme le meilleur. Je ne parle pas du procédé recommandé par Chipault (élongation nerveuse), parce que je n'ai pas eu jusqu'aujourd'hui l'occasion de l'expérimenter. Je ne peux donc juger de sa valeur.

M. Vince. — J'ai dit que la marche des ulcères variqueux n'était pas directement influencée par la cure des varices. Ce qui a de l'importance, c'est la position donnée au malade. Il suffit de modifier la statique sanguine, de mettre le cœur en contre-bas, pour constater rapidement des changements heureux dans la plaie.

M. Depage. — Je ne prétends pas autre chose. La cure des varices produit le même résultat que la position du corps indiquée par notre collègue. On peut donc affirmer que cette opération contribue puissamment à la guérison de l'ulcère variqueux. Nous sommes d'accord.

Dr Goris (Bruxelles). — **Deux cas de fractures spontanées de l'apophyse styloïde.**

Je tiens à vous dire quelques mots de certaines sensations douloureuses provoquées par des déplacements osseux dans le pharynx.

Il s'agit ici de deux cas de *fractures spontanées de l'apophyse styloïde* qu'il m'a été donné d'observer et dont je ferai ici une courte mention.

Le premier cas a été rapporté à la Société belge de laryngologie par M. le Dr Van Doorselaere, de Malines.

Ce confrère m'avait appelé auprès d'une de ses malades qui ressentait dans la gorge, au niveau de la région amygdalienne, une sensation douloureuse, excessivement vive. Cette sensation s'était brusquement déclarée au moment d'un effort de déglutition pendant lequel la malade avait été prise d'un accès de fou rire.

Dans le second cas, qui me fut envoyé par M. le Dr Bonmariage, la même sensation s'était brusquement déclarée pendant un violent accès de toux.

La sensation s'exaspérait chez l'un comme chez l'autre malade pendant la déglutition.

Dans le premier cas, je ne savais réellement pas à quoi était due la sensation de corps pointu que je ressentais sous la muqueuse du pharynx, un peu au-dessus et au-devant de la partie antérieure de l'amygdale; on eût dit une côte de lapin enfoncée sous la muqueuse.

Dans le second cas, je posai d'emblée le diagnostic de fracture spontanée de l'apophyse styloïde, le cas étant identique au premier.

Les symptômes sont donc : douleur brusque et parfaitement localisée au-devant et un peu au-dessus de l'amygdale; présence sous la muqueuse d'une pointe dirigée en dedans et en haut, pointe à laquelle fait suite un os mince.

L'extraction fut difficile dans le premier cas, à cause des attaches musculaires auxquelles je ne songeais pas, étant donné que je croyais à un corps étranger. Dans le second cas, elle fut beaucoup plus aisée : incision de la muqueuse pharyngienne sous l'index appliqué sur la saillie osseuse; fixation de l'os dans une pince de

Péan et libération de l'osselet de ses attaches musculaires au moyen de petits coups de ciseaux. Guérison des deux cas en quelques jours.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Goris. — Hernie cérébelleuse, suite d'intervention sur le sinus latéral.

M. Goris. — La jeune fille que voici, et qui est âgée de 14 ans, fut opérée par moi l'an dernier, au mois d'octobre, pour complications endocrâniennes d'otorrhée chronique. La paroi osseuse voisine du sinus latéral était cariée; le sinus thrombosé fut curetté, et la malade se remit comme par enchantement de sa fièvre et de ses violentes douleurs. Comme l'écoulement n'avait pas disparu complètement, je rouvris, au mois de juin 1900, la région mastoïdienne pour procéder à un nouvel évidement. Je trouvai, faisant saillie à travers la brèche osseuse créée pour la première opération, une hernie cérébelleuse recouverte de sa dure-mère. Vous pouvez parfaitement sentir, à travers la peau, la tumeur, grosse comme une petite noix, et les pulsations qui l'animent. Ce fait s'est produit et maintenu sans aucune manifestation pathologique.

M. Vince. — J'ai observé récemment, dans le service de M. Depage, une série d'accidents qui ont succédé à une trépanation de l'apophyse mastoïde, et dans des conditions que je vais vous exposer. Il s'agissait d'un enfant de 8 ans atteint d'otite suppurée gauche. On fit la trépanation de l'antre. Peu après survinrent des signes manifestes de pyémie. Les vertèbres dorsales inférieures et lombaires supérieures furent entreprises tout d'abord. Il y eut dilatation vésicale considérable, malgré une miction normale; l'enfant urinait 1.5 litre par jour. Le ventre présentait les signes de la péritonite tuberculeuse avec ascite, ce qui m'amena à pratiquer une laparotomie. A l'ouverture du ventre, je ne trouvai qu'une vessie énormément distendue.

Plusieurs articulations furent prises successivement. Certaines

d'entre elles passèrent à suppuration. Du côté des hanches notamment, je dus inciser deux énormes abcès et constatai du côté droit une luxation spontanée. Durant le nettoyage de la cavité, la tête du fémur s'élimina spontanément.

L'état général fut très précaire durant un mois; selles et urines involontaires. Le petit malade surmonta cependant son infection.

Le cas présentant un certain intérêt, je me réserve de le publier *in extenso* dans le prochain numéro de nos *Annales*.

M. Dandois. — J'ai vu survenir les symptômes classiques de l'infection purulente à la suite de l'ouverture par mégarde du sinus latéral dans l'opération de l'empyème de la mastoïde; il avait dû se faire une pénétration directe de microbes pathogènes dans le torrent sanguin, et je me suis dit que dans un cas semblable, je pratiquerais sur-le-champ la ligature de la veine jugulaire interne, opération qui a été préconisée dans les thromboses septiques des sinus crâniens, en vue de prévenir l'infection générale; il est vrai que le sujet, qui était également une enfant de 7 ans, se tira d'affaire sans cette opération, mais après avoir couru les plus grands dangers.

M. Goris. — Thyrotomie pour papillome du larynx chez un enfant de 4 ans. Guérison.

L'enfant que j'ai l'honneur de vous présenter, Messieurs, avait la voix rauque depuis une époque que la mère n'a pas pu déterminer; de plus, elle se trouvait atteinte de dyspnée quand elle se livrait à une course quelque peu rapide. Elle fut successivement présentée à trois laryngologistes qui instituèrent, sans succès d'ailleurs, des traitements divers.

Il me fut assez facile d'établir laryngoscopiquement un diagnostic exact de l'affection : papillome occupant l'intervalle antérieur des cordes vocales.

Je fis la thyrotomie précédée, dans la même séance, de trachéotomie et tombai sur la tumeur qui siégeait à la région sus-indiquée. L'examen microscopique, fait par M. le Dr Gauthier, confirma également le diagnostic clinique. La canule trachéale fut retirée le troisième jour et l'enfant quitta la clinique le cinquième jour, parfaitement remise et respirant sans difficulté. Il y a environ un

mois que l'opération est faite et la voix commence à se faire entendre, parfois rauque encore, mais le plus souvent claire.

M. Dandois. — J'ai pratiqué jadis une thyrotomie pour un papillome du larynx. D'abord la guérison fut parfaite, mais, après quelque temps, des phénomènes inquiétants de sténose se déclarèrent. J'en vins facilement à bout par le tubage, et, ce qui prouve qu'il y avait surtout en jeu des phénomènes spasmodiques, le tube ne resta en place que six à sept heures. Pendant six mois, après cette séance unique de tubage, la respiration et la voix furent parfaites, mais un jour les accidents de sténose reparurent brusquement et le médecin traitant dut pratiquer la trachéotomie.

Je n'ai plus revu l'enfant depuis, mais je crois qu'il porte toujours sa canule.

M. Goris. — Ces phénomènes de sténose sont dus à des causes multiples, le plus souvent à des brides cicatricielles. J'ai observé le cas après une thyrotomie pratiquée pour un angiome. Je découvris que la sténose était due à la bande ventriculaire déplacée par la tumeur. Je l'extirpai et dès lors la guérison fut complète.

Le Secrétaire,
H. VERNEUIL.

Bruxelles. — Imprimerie HAYEZ, rue de Louvain, 112.

Séance du 20 octobre 1900.

Présidence de M. le Dr L. BLONDEZ.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend une lettre de M. Debersaques, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE.

M. Verneuil dépose sur le bureau un travail de M. le Dr Delangre, de Tournai.

M. Dandois est chargé de faire un rapport sur ce travail, rapport qui sera présenté à la prochaine séance.

DISCUSSION DU PROCÈS-VERBAL.

A propos de quelques cas de cure chirurgicale des varices par le procédé de Moreschi. (M. Vince.)

M. Desguin. — Messieurs, il faut se garder d'être systématique en chirurgie. C'est une réflexion que l'on peut faire dans bien des circonstances et qui me vient encore à propos des pro-

cédés pour la cure radicale des varices. Ces procédés (ils sont nombreux) ne sont pas dans tous les cas applicables aux différentes variétés, aux différentes formes de varices que l'on rencontre.

Personnellement, j'estime que les opérations que l'on serait tenté de pratiquer sur les veines, ne doivent l'être que très exceptionnellement, d'abord parce que ces opérations ne sont pas sans danger (c'est indiscutable), ensuite, parce que très souvent on peut se passer d'y avoir recours.

Les varices se présentent sous deux aspects : non ouvertes ou bien ouvertes, c'est-à-dire se compliquant d'ulcères variqueux.

Dans la première alternative, les bas élastiques suffisent parfaitement à empêcher le mal de s'aggraver et à soulager les patients de leur infirmité. C'est là le traitement que nous devons proposer, et je ne connais guère qu'une exception à cette règle; la voici : Dans certaines administrations, on refuse impitoyablement les candidats chez qui l'on constaterait la plus légère dilatation variqueuse. On est alors autorisé à recourir au bistouri. Il suffira d'ailleurs, dans ces cas, de pratiquer une simple excision veineuse et il faudra, bien entendu, obtenir la réunion *per primam*.

Quand les varices se compliquent d'ulcères, c'est autre chose. Si le malade peut disposer d'un temps suffisant, le repos le guérira. S'il est nécessaire d'aller plus rapidement en besogne ou si l'ulcère est très étendu, les greffes de Thiersch réussissent admirablement. En tout état de cause, avant de s'adresser au procédé de Trendelenburg, il faut que le signe indiqué par ce chirurgien existe d'une façon non douteuse; car si des anastomoses existent entre les vaisseaux, toute intervention sera inutile. Quant à l'opération de Moreschi, je n'ai pas trouvé jusqu'à présent les indications d'y avoir recours.

M Verneuil. — Je ne puis guère partager l'optimisme de notre collègue Desguin, touchant les bas à varices. Leur action bienfaisante ne me paraît pas devoir être mise en doute, bien que le soulagement qu'ils procurent presque toujours ne soit pas constant; mais dans la pratique ils ne rendent pas les services que l'on est en droit d'en attendre. D'abord, nombre de gens les supportent mal, ne s'y habituent jamais, refusent de les conserver. Ensuite, — et c'est là-dessus surtout que j'insiste, — dans la clientèle hospitalière, celle où l'on rencontre particulièrement ces varices énormes, multiples, affectant parfois tout le membre, chez les ouvriers, il ne faut pas songer à tirer profit du bas élastique. Ces bas, fournis par

les administrations de bienfaisance et par conséquent de qualité très médiocre, ne résistent pas longtemps à la façon peu délicate dont leur propriétaire les manie ; ils sont mal appliqués, portés d'une façon intermittente, et si rapidement abîmés qu'il n'est pas rare de voir arriver à l'hôpital un malade porteur d'un bas qui semble avoir fait un service de plusieurs mois et qui, en réalité, a été délivré huit jours auparavant.

Je crois donc que, dans la clientèle hospitalière, une opération sanglante — le procédé restant à choisir a beaucoup de chances de l'emporter sur tout autre mode de traitement.

M. Willems. — Comme M. Desguin, je crois que l'on a trop étendu les indications des ligatures veineuses. Un grand nombre d'ulcères dépendent certainement de l'insuffisance du système veineux superficiel, mais il en est d'autres où cette relation ne peut pas être démontrée et qui, probablement, trouvent leur cause dans des lésions trophiques du système nerveux. Dans ces cas, la ligature n'est pas justifiée, et quant à la greffe de Thiersch, si les ulcères sont très étendus, il arrivera bien souvent qu'un ou plusieurs lambeaux ne prendront pas et que le succès ne sera donc pas complet. Pour ma part, j'ai eu recours à l'opération de Harbordt, qui n'est qu'une modification de l'ancienne circoncision de Nussbaum et qui consiste à pratiquer, à travers l'ulcère et en dépassant ses limites en surface et en profondeur, plusieurs incisions parallèles ou gaufrées. La cicatrisation se fait aux dépens du tissu sain du fond des incisions dont le bourgeonnement envahit rapidement la surface de l'ulcère, donnant ainsi une cicatrice bien plus solide que celle que l'on peut obtenir de l'ulcère lui-même.

Si l'ulcère est manifestement variqueux, ou s'il existe des varices fermées plus ou moins développées, je pense que la ligature est assez souvent indiquée. Je n'ai pas, autant que M. Desguin, confiance dans le bas élastique. Parmi les malades auxquels nous proposons l'opération, il en est beaucoup qui ont porté des bas à varices pendant longtemps, sans voir leurs douleurs diminuer beaucoup. D'ailleurs, le bas est sans action sur le paquet variqueux, qui existe souvent derrière le condyle interne du fémur et, à plus forte raison, sur les varices de la cuisse.

J'opère donc souvent, mais j'ai l'habitude de proportionner l'intervention à l'étendue des lésions. Toutes les méthodes ont donné des succès, mais toutes aussi ont été suivies de récidives. En principe donc, aucune n'est parfaite.

Lorsque les varices occupent seulement le segment inférieur de la jambe, je me contente de lier la saphène au-dessus du paquet. Mais si la dégénérescence variqueuse remonte plus haut, elle se traduit souvent par la formation d'un bouquet de dilatations veineuses derrière le condyle interne du fémur. Je place, en ce cas, une seconde ligature au-dessus de ce point. Enfin, si la saphène est insuffisante, je la lie, plus haut encore, en un troisième point, à la partie supérieure de la cuisse. Et si tout le membre était variqueux, je placerais encore une ou plusieurs ligatures sur le trajet de la saphène externe.

Enfin, s'il existe en un point quelconque du membre une véritable tumeur variqueuse, il peut être indiqué de l'extirper, mais il faut bien savoir que ces tumeurs sont très adhérentes aux tissus voisins, que leur dissection est très délicate, donne lieu à une forte hémorragie et laisse une plaie considérable. Ce sera donc une opération d'exception.

Quant au procédé de Moreschi, j'avoue ne pas bien voir son indication ; j'estime qu'il dépasse le but à atteindre, en barrant tout le système veineux superficiel du membre, et je crois aussi qu'il n'est pas sans inconvénient de mettre deux ou trois anneaux complets de tissu cicatriciel autour de la jambe.

M. Vinse. — Notre collègue Verneuil a insisté sur un point qui a, je crois, une grande importance: la position sociale des malades qui viennent réclamer nos soins. Un traitement qui peut donner de bons résultats chez des gens qui prennent soin de leur personne et ne sont pas astreints à des travaux fatigants, ne sera pas de mise chez des travailleurs qui ne peuvent observer toutes les lois de l'hygiène. Ceux-ci ne recourent à nous que lorsque les troubles variqueux ont produit de vastes ulcérations et les contraignent au repos.

Il importe d'ailleurs de distinguer les varices accidentelles des varices constitutionnelles.

Dans la première forme, les lésions des parois veineuses sont limitées et susceptibles de rétrocession. C'est ici que les moyens palliatifs conservent leur valeur, et nous ne serions autorisés à intervenir que dans le cas de « varices douloureuses ».

Les varices constitutionnelles, au contraire, présentent presque toujours de l'insuffisance valvulaire. La lésion veineuse finit par s'étendre à tous les troncs veineux de l'un ou des deux membres.

Dans les cas de ce genre, le bistouri seul peut faire œuvre utile.

Aussi, lorsqu'on traite des ulcères variqueux chez de semblables malades par les procédés dont il vient d'être question, ne tarde-t-on pas à voir les récidives survenir.

Il est rare que l'on puisse, dans les ulcères un peu vastes, arriver à faire des greffes avec succès. La nutrition locale est trop compromise pour pouvoir escompter un résultat favorable, et même dans ce cas la récidive ne se fait pas attendre.

De toutes les opérations auxquelles j'ai eu recours, celle de Moreschi me paraît la meilleure.

L'opération de Trendelenburg est souvent insuffisante à cause des anastomoses. sur le rôle desquelles je n'insiste pas, et de la pluralité fréquente des saphènes.

Les ligatures étagées préconisées par Schwartz sont préférables, mais exposent encore à la récidive en raison de la distribution capricieuse du système veineux superficiel.

En ce qui concerne les anneaux fibreux dont M. Willems semble redouter les effets, je puis vous affirmer qu'ils n'entraînent aucun inconvénient; leur épaisseur s'arrêtant à l'aponévrose, ils ne peuvent exercer de compression sur les vaisseaux profonds.

M. Walravens. — En ce qui me concerne, j'ai obtenu, dans un cas de varices énormes, compliquées d'ulcères, un succès très satisfaisant par le procédé de Moreschi.

M. Desguin. — Aucune opération ne supprime les anastomoses profondes. On ne peut nier cela, et il faut en tirer la conclusion que le fait comporte.

Je persiste à croire que l'action du bas élastique est plus efficace sur les vaisseaux dilatés que n'importe quelle ligature, excepté en cas de lésions bien localisées. Je pense que notre collègue Verneuil exagère les inconvénients de ces appareils de soutien. Il faut évidemment que les patients prennent la peine d'en expérimenter l'action avant de les déclarer mauvais.

Pour ce qui est du danger de suppuration des greffes dans les vastes ulcères, je crois que cet accident provient beaucoup plus souvent d'un défaut d'asepsie du membre inférieur que de la grandeur de la plaie à recouvrir. Ce n'est pas seulement à propos des greffes que l'on peut constater combien l'asepsie du membre inférieur est difficile à réaliser, surtout dans la clientèle hospitalière. Ces membres sont généralement encrassés si profondément, que l'on s'expose à d'inévitables déboires si l'on se contente de vouloir les aseptiser au moment de l'opération.

M. Verneuil. — Je ne veux répondre qu'un mot à M. Desguin : Quand j'ai dit que certaines gens supportaient mal le bas et n'en retiraient pas le soulagement désiré, j'entends parler de ceux qui veulent bien prendre la peine et le temps d'expérimenter le traitement. Des autres, il n'est évidemment pas question.

J'ajouterai cependant que ce temps et cette peine ne sont jamais pris par les clients de nos hôpitaux, clients que nous nous trouvons dans l'impossibilité matérielle de surveiller.

Je ne nie donc en aucune façon la valeur thérapeutique du bas élastique, au contraire, je le trouve excellent. Je rappelle seulement qu'il n'est pas supporté par tout le monde et qu'il ne peut produire aucun de ses bons effets dans la clientèle hospitalière. Mais ici ce n'est pas l'appareil qui est mauvais, c'est le patient qui est coupable.

M. Dejardin. — Le procédé de Trendelenburg est bon quand il n'y a qu'une saphène. Quand il en existe plusieurs, il est illusoire. Je n'ai pas d'expérience personnelle du procédé de Moreschi, mais je suis tout disposé — dans les cas un peu compliqués surtout — à le croire très bon.

M. Willems. — M. Desguin attribue à un défaut d'asepsie l'insuccès partiel des greffes de Thiersch. Je crois que cet insuccès peut s'expliquer aussi par une cause qu'il ne dépend pas du chirurgien de supprimer : je veux parler des mauvaises conditions de nutrition dans lesquelles se trouve la région où l'on opère et qui doivent entraver les phénomènes de réparation.

M. Hannecart. — J'ai eu l'occasion récemment d'obtenir, par la greffe de Thiersch, un magnifique succès immédiat dans un cas d'ulcère variqueux ayant résisté à tous les traitements. Seulement la récidive eut lieu un mois après la guérison.

M. Verneuil propose de remettre la suite de cette discussion à la prochaine séance. — *Adopté.*

COMMUNICATIONS.

Dr F. Dejardin (Liége). — **Note sur un procédé nouveau d'hystéro-ligamentopexie abdominale ou hystéropexie médiate abdominale.**

La question des déplacements utérins a été traitée au Congrès international de médecine de Paris en 1900. Elle y a eu les honneurs de la séance du matin de la quatrième journée à la Section de gynécologie.

Je me propose, aujourd'hui, d'apporter une légère contribution à l'étude de cette vaste question, et m'occuperai surtout du prolapsus génital.

Je ne parlerai pas de l'anatomo-pathologie, ni de l'étiologie, ni de la symptomatologie de ces lésions si fréquentes. Je veux seulement exposer un point de pratique.

A priori cependant, et cela résulte des nombreux travaux publiés sur cette question, sous le nom de prolapsus utérin, on doit, à l'exemple de Pozzi (1) et Trélat, comprendre : l'abaissement de l'utérus, la cystocèle, la rectocèle, ces divers états pathologiques se tenant l'un l'autre, se succédant et se commandant, comme dit Pozzi. Il faut y joindre l'allongement hypertrophique du col. Celui-ci, lorsqu'il existe, réclame un traitement chirurgical spécial et complémentaire du traitement du prolapsus, dont le professeur Terrier conteste l'utilité.

Quelles sont les causes du prolapsus utérin? Répondre à cette question, c'est résoudre le problème du traitement du prolapsus. En quelques mots, les causes sont de deux espèces :

1° Relâchement des moyens de contention et de suspension intra-abdominales;

2° Distension et relâchement des moyens de contention inférieure, c'est-à-dire de la sangle périnéale.

Ces deux ordres de lésions se produisent sous l'influence de causes diverses. C'est à elles qu'il faut s'adresser, en rendant à chacune d'elles la part qui lui revient, et pratiquer, suivant les cas :

1° Les plasties vagino-périnéales;

2° Les opérations sur les organes abdominaux de suspension.

---

(1) S. Pozzi, *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 3e édit., 1897.

Je ne rappelle aucun des nombreux procédés qui portent sur le vagin, le périnée, l'utérus, les ligaments larges, les ligaments ronds, la vessie, et qui se pratiquent par l'abdomen, les aines ou le vagin. Ce serait une revue générale déjà traitée par d'autres.

Je rappelle seulement qu'il est presque toujours indispensable de traiter les deux ordres de causes par les deux ordres d'opérations, les unes existant bien rarement sans les autres.

C'est d'ailleurs ce que déclare Terrier (1) quand il écrit : « D'habitude, le chirurgien qui se propose de traiter un prolapsus génital chez la femme, commence par s'efforcer de constituer un point d'appui inférieur, en agissant sur le col, les parois vaginales, le périnée. Si le point d'appui inférieur tient et maintient les parties, le chirurgien devra se trouver très satisfait et peut arrêter là son plan opératoire. Mais j'ai souvent constaté qu'il n'en était pas ainsi; et l'insuffisance de ce point d'appui inférieur n'a pas besoin d'être démontrée. Il faut faire en plus l'Alquié-Alexander, ou mieux la gastro-hystéropexie. »

Donc plastique vagino-périnéale et gastro-hystéropexie, qui permet en même temps de remédier aux lésions annexielles, voilà ce qui convient.

Ceci dit, voici le procédé, qui, je pense, n'a pas encore été employé ni décrit, et qui est une combinaison du procédé d'hystéropexie de Terrier et du procédé de ligamentopexie de Beck, mais modifié par moi, comme l'a été, par Cittadini (2), le raccourcissement des ligaments ronds d'Alquié-Alexander.

Procédé. — Précautions antiseptiques préalables ordinaires, bains, purgations. La malade est chloroformée. La vessie est cathétérisée et vidée. Position de Trendelenburg. On se rend compte, par le simple refoulement, de la hauteur à laquelle peut être refoulé l'utérus dans la cavité abdominale. Incision, sur la ligne blanche abdominale, d'une étendue de 12 à 15 centimètres; j'avoue ne pas y regarder de très près, mais la faire, en principe, toujours trop grande : on y voit mieux, on y est plus à l'aise, et par suite on opère plus vite et plus proprement.

Avant d'ouvrir le péritoine, j'incise sur son bord interne la gaine des muscles droits, de façon à rendre libre le bord de ceux-ci et à dédoubler la gaine. Le péritoine est ouvert. On attire le fond de l'utérus, que l'on soulève en le prenant avec une pince de Museux,

(1) *Revue de chirurgie,* 1900, n° 9, p. 290.

(2) *Journal de médecine, chirurgie et pharmacologie de Bruxelles,* t. I, 1892.

ou une anse de suspension à enlever plus tard, ou mieux entre les doigts.

On se rend compte de l'état des annexes, et l'on en fait le traitement. Puis on va à la recherche des deux ligaments ronds (1). Il faut alors isoler ceux-ci. Pour cela, je passe une pince armée d'un fil sous le ligament rond de chaque côté et près de son entrée dans le canal inguinal; je lie le ligament à son bout périphérique, je le sectionne en deçà du fil et je le soulève. Je l'énuclée ensuite de son aileron péritonéal à l'aide de la sonde cannelée. Cela ne saigne pas, et si cela saignait, un petit surjet sur le lit péritonéal du ligament aurait tôt fait d'arrêter l'hémorragie. On poursuit l'énucléation jusqu'aux cornes utérines. On attire alors les deux ligaments ronds hors du ventre. On peut, à l'exemple de Spinelli (2), les replier sur la face antérieure de l'utérus et les y fixer par quelques points de suture au catgut ou à la soie, de façon à les réunir sur la ligne médiane en un seul cordon dédoublé. Pour moi, je ne l'ai point fait.

Je procède alors à la suture de l'incision abdominale, que je pratique comme suit :

Je suture l'incision en deux étages : un étage comprenant le péritoine, la moitié inférieure de la gaine et du muscle droit; l'autre, la moitié supérieure de la gaine et du muscle droit de chaque côté, depuis l'extrémité inférieure de l'incision jusqu'au point où je ferai l'hystéropexie. Je place alors trois ou quatre fils de soie solide au travers de l'utérus, à la façon de Terrier (3) : le premier à la partie inférieure du corps; le second à sa partie moyenne; le troisième à sa partie supérieure, très près du fond. Seulement ces fils embrassent, comme les précédents, le péritoine, le feuillet profond de la gaine et la moitié de l'épaisseur des muscles droits, plus le corps utérin. On noue les chefs de ces fils; on les coupe.

On continue alors la fermeture profonde du ventre jusqu'à l'extrémité supérieure de l'incision, comme on l'a fait en dessous de l'hystéropexie.

Les ligaments ronds sortent ainsi de l'abdomen par un trou, juste au-dessus du corps déjà fixé de l'utérus. Ils sont couchés dans le

---

(1) Beck ne va à la recherche que d'un seul ligament rond, qu'il suture ensuite à la peau. (*Archives provinciales de chirurgie*, 1900, n° 4, p. 252.)

(2) SPINELLI, *Revue de chirurgie*, 1900, n° 9, p. 300, et Congrès international de médecine de Paris, 1900. Cet auteur les fixe alors à la face profonde du péritoine.

(3) CZERNY-TERRIER, *Hystéropexie abdominale*, in TRAITÉ DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, de CHALOT, 1898, p. 259.

lit musculo-aponévrotique du dessus et dirigés vers le haut.

On procède alors à la fixation des ligaments ronds réunis. Pour cela, on passe l'aiguille courbe à travers le feuillet superficiel, la moitié supérieure du muscle droit d'un côté; on traverse les deux ligaments ronds dans la moitié de leur épaisseur, comme on le fait dans le Cittadini (raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds); puis la moitié de l'épaisseur et le feuillet superficiel de la gaine du muscle droit de l'autre côté.

Nous plaçons ainsi cinq points de suture comprenant, outre la paroi, les ligaments ronds, dont nous réséquons le surplus inutile. La suture va jusqu'à l'ombilic. Les ligaments sont ainsi suturés aux muscles et enfouis sous l'aponévrose.

Il reste alors à refermer le plan superficiel musculo-aponévrotique en dessous de la sortie des ligaments, c'est-à-dire au niveau de l'hystéropexie proprement dite, et en dessous d'elle, si on ne l'a déjà fait.

On assure, à l'aide d'un ou deux points, la fermeture exacte du ventre au niveau de la sortie des ligaments.

Toutes ces sutures sont faites à la soie et à points séparés.

Il ne reste plus alors qu'à suturer la peau au crin de Florence et tout est terminé.

Cela est très long à décrire, mais très vite fait dans la pratique.

Observation. — Mme Octavie B..., épouse D..., du Val-Saint-Lambert, se présente à nous dans le courant du mois de mai, avec un prolapsus génital complet. L'utérus tout entier pend entre les jambes. Cette femme, âgée de 33 ans, mariée à l'âge de 23 ans, n'a jamais eu ni enfant ni fausse couche. Elle nous raconte que, à l'âge de 15 ans, elle acquit son prolapsus en faisant des efforts de défécation. Ce serait donc un prolapsus de force. Pas d'antécédents morbides personnels ou héréditaires à signaler.

Le périnée, qui présente des cicatrices visibles, a été restauré à quatre reprises; le ventre a été ouvert à trois reprises, et la femme nous dit avoir subi l'opération de fixation de la matrice. Ces opérations ont été faites à des intervalles plus ou moins rapprochés — la première à l'âge de 18 ans; la dernière, fin 1894 — dans l'espace de dix ans, par divers chirurgiens. Elles n'ont jamais donné qu'un résultat d'une durée maximum d'un mois. La récidive arrivait très vite. Nous faisons remarquer que, au moins pour les sutures abdominales, la réunion immédiate avait été obtenue.

L'utérus se laisse refouler complètement dans le ventre; le vagin peut être remonté à sa place normale, coiffant les deux doigts qui

sont introduits en entier dans le bassin. On constate alors une grande mobilité de l'utérus et une grande laxité du périnée.

Les annexes, à l'examen, paraissent saines.

Nous décidons de pratiquer, en une ou deux séances opératoires, l'hystéro-ligamentopexie d'abord, une colpo-périnéorraphie ensuite.

La femme, après les préparatifs d'usage, est endormie, placée en Trendelenburg, et opérée absolument suivant la méthode décrite.

A l'ouverture du ventre, dont la réunion, après les opérations antérieures, est parfaite, sauf en un point où il y a une petite hernie, nous trouvons une bride fibreuse arrondie, de l'épaisseur d'un porte-plume, très allongée. Elle va de la paroi abdominale, un peu au-dessous de l'ombilic, au fond de l'utérus.

C'est la seule trace de gastro-hystéropexie faite autrefois. Nous la traitons comme les ligaments ronds eux-mêmes, c'est-à-dire que nous la fixons comme eux, après en avoir réséqué une portion. Les annexes sont saines.

L'opération finie, on sent nettement un plastron très résistant au niveau de l'utérus, et la paroi paraît extrêmement solide.

Aucun incident post-opératoire. Je n'insiste pas sur les soins donnés à la femme.

Au quatorzième jour, nous enlevons les fils cutanés; au vingt et unième jour, la femme se lève.

Bien que nous n'ayons pratiqué aucune opération vagino-périnéale, le résultat est superbe. La femme sort de l'hôpital le 10 juin.

Nous l'avons revue le 15 courant, c'est-à-dire quatre mois après l'opération. Elle a repris ses travaux de ménage. Cependant nous trouvons l'utérus complètement maintenu dans sa nouvelle position ; pas même de cystocèle ni de rectocèle. La femme est heureuse de se porter si bien.

Il sera peut-être inutile de faire une opération complémentaire, bien que, par prudence, nous la lui conseillions.

Résultats. — Évidemment, ce n'est pas sur un cas que l'on peut tabler pour signaler la valeur d'un procédé opératoire. Cependant nous ferons remarquer que le nôtre est particulièrement probant : c'était une vieille maladie ; la patiente avait subi déjà sept fois un traitement opératoire; à la suite de ceux-ci, il n'y avait jamais eu que deux ou trois semaines d'amélioration. Aujourd'hui, le résultat se maintient depuis quatre mois, et cela par l'application du seul procédé abdominal.

Je sais bien que c'est dans quelques années qu'il faudra revoir la

femme pour porter un jugement certain. C'est ce que je ferai pour elle et pour les autres malades que j'aurai l'occasion d'opérer ainsi.

Avantages du procédé. — Je ne pense pas qu'il soit possible de réaliser d'une façon plus solide la fixation de l'utérus, fixé ainsi à la fois par son corps et ses ligaments, qui constituent à l'état normal une partie de ses moyens de suspension.

D'autre part, le ventre est parfaitement refermé, puisque, en somme, il y a trois plans de suture : un sur sur le péritoine et la moitié inférieure de l'épaisseur de la paroi musculo-aponévrotique et qui sert en même temps à fixer le corps utérin ; un plan sur la moitié supérieure de l'épaisseur de la paroi musculo-aponévrotique et qui sert en même temps à fixer les ligaments ronds, et un plan cutané. Il va sans dire qu'une réunion par première intention est indispensable. C'est affaire au chirurgien de l'obtenir.

Si nous comparons la ligamentopexie abdominale au procédé d'Alexander, nous voyons de suite qu'il a sur celui-ci un immense avantage, surtout dans le prolapsus. En effet, le raccourcissement inguinal attire surtout l'utérus en avant, et le fixe contre la vessie et le pubis. Il ne le soulève pas.

La ligamentopexie abdominale, au contraire, le fixe très haut, et c'est là surtout, si l'on fait en plus le rétrécissement périnéal, le résultat idéal.

Quant à la combinaison de l'opération de Terrier avec la fixation médio-abdominale des ligaments ronds, on peut, si l'on craint des conséquences au point de vue de la grossesse et d'un accouchement ultérieurs, ne pas la faire, et pratiquer alors simplement la fixation médiate par les ligaments ronds. Celle-ci, en effet, n'intéresse pas le corps utérin, et, comme dans l'opération d'Alquié-Alexander, ne peut pas avoir de conséquences à ce point de vue. C'est d'ailleurs l'avenir qui montrera l'exactitude ou l'inexactitude de cette assertion.

Indications. — L'opération est indiquée dans le prolapsus génital et dans certaines rétrodéviations fixes ou compliquées de lésions annexielles.

Évidemment, il faut voir les cas et savoir choisir ; voir la part qu'il faut faire au périnée et aux autres moyens de contention. Il faut savoir aussi associer les divers procédés.

Mais nous pensons que ce mode d'opérer s'applique particulièrement aux prolapsus génitaux complets, aux prolapsus rebelles, à ceux dans lesquels d'autres procédés ont déjà échoué.

Drs F. Dejardin et E. Gulikers (Liége). — **Cure radicale de la fistule du canal de Sténon par un procédé nouveau.**

Nous ne nous proposons pas ici de faire l'historique complet de la question; nous nous bornerons à rappeler brièvement les principaux procédés employés jusqu'ici pour obtenir la cure de la fistule de Sténon.

Deux cas peuvent s'observer : ou bien la fistule est encore en communication avec la bouche par le bout buccal du conduit, ou bien elle ne l'est pas.

Nous ne nous occuperons pas du premier cas; la cure consiste alors en la fermeture de l'orifice cutané, soit par la compression, des cautérisations ignées ou médicamenteuses, soit par la suture après avivement des surfaces.

Le deuxième cas est de beaucoup le plus intéressant. Le but à atteindre est de reconstituer un trajet buccal à la salive.

Louis et Morand cherchent à obtenir une dilatation de la portion buccale du canal oblitéré par le cathétérisme et par l'introduction de mèches.

Mollière combine le cathétérisme avec le dévidement intrabuccal du canal.

Quand ces procédés ne réussissaient pas ou n'étaient pas applicables à cause de l'atrophie et de la disparition de cette portion du canal n'ayant plus de fonction, Duroy traversait la joue au moyen d'un fer rouge.

Monro, au moyen d'une alène de cordonnier, passe un fil de soie au travers de la joue, en passant par la fistule cutanée. Il noue les deux bouts du fil au niveau de la commissure buccale. Ce fil est laissé trois semaines, pour permettre la formation d'une fistule buccale; puis il l'enlève et avive la fistule cutanée.

Desault a imaginé le procédé dit *de la ponction unique :* A l'aide d'un trocart introduit par la fistule cutanée, il perfore la joue en avant et en dedans; un séton de charpie est placé dans la portion buccale de ce nouveau trajet. Percy, au lieu de charpie, se sert d'un fil de plomb; Duphœnix, d'une canule en même métal. Atti, chirurgien italien, se sert aussi d'une canule de plomb. Il essaie de fixer celle-ci au moyen d'un bout de soie attaché à son extrémité externe, passant par la fistule et fixé au pansement. L'extrémité interne de la canule était fendue longitudinalement et rabattue en dehors pour l'empêcher de bouger dans l'autre sens.

Hicguet, chirurgien liégeois, tente de supprimer le cordonnet de soie passant par la fistule. Pour y arriver, il coupe, suivant quatre traits longitudinaux, les deux extrémités de la canule. Il les rabat en dehors et fixe ainsi sa canule dans la partie interne de la joue.

S. Pozzi place tout simplement un drain. Richelot, à l'aide d'un trocart, perfore toute l'épaisseur de la joue. Il suit toujours la même direction, c'est-à-dire en avant et en dedans. Seulement, son point d'entrée se trouve un peu en arrière de la fistule cutanée. Il fait en sorte que son trajet passe au milieu de la joue en regard de cette fistule. Il introduit alors un drain dans ce nouveau canal, allant de la peau à la muqueuse. Il avive et suture la fistule externe.

Le procédé de Deguise ou *de la double ponction* se réduit à faire, de la bouche vers la fistule, deux trajets, au travers desquels on passe une anse de fil, puis un tube en plomb, de façon à amener une large ulcération vers la cavité buccale. Béclard, au lieu de laisser libres les deux bouts de fil, puis de placer un tube en plomb, noue tout simplement son fil et le tord de façon à gangrener le point charnu qu'il embrasse. Velpeau remplace le fil de plomb par un fil de lin ou de soie.

Chassaignac, pour obtenir la même ulcération, emploie un petit écraseur.

Enfin, les meilleurs procédés nous semblent être ceux de Langenbeck et de Riberi, qui sont identiques. Après avoir incisé la peau suivant la direction du canal, on dissèque la portion du Sténon située en arrière de la fistule ; on perfore la joue en avant du masséter. On fait passer dans la bouche l'extrémité libre du canal, extrémité que l'on fixe à la muqueuse par une suture.

Ce procédé est excellent, seulement il n'est applicable qu'aux fistules intéressant la portion antérieure du canal, et qui permettent de libérer par la dissection un bout du conduit salivaire suffisamment long pour l'amener dans la cavité buccale.

C'est ce procédé que nous nous proposions d'exécuter sur un de nos malades. Cet homme, âgé de 23 ans, atteint de fistule consécutive à une ouverture d'abcès dentaire, avait déjà subi une intervention qui n'avait pas réussi. Aussi, au milieu du tissu cicatriciel, la recherche du canal fut très laborieuse. Après l'avoir découvert très péniblement (1), nous n'avons pas été étonnés de

---

(1) Nous dûmes l'inciser en travers pour le retrouver, grâce à son pertuis filiforme.

constater qu'il manquait absolument d'étoffe pour exécuter le Riberi.

Dejardin eut alors l'idée de faire passer le canal au travers du masséter. C'est ce qui fut fait. Je n'insiste pas sur les suites. Nous avons obtenu une réunion *per primam*, la fermeture de la fistule et un résultat fonctionnel parfait.

Cette idée première de raccourcir le chemin en traversant le masséter, poussa Gulikers à faire quelques recherches anatomiques.

Celles-ci l'ont conduit à exécuter, sur le cadavre, un nouveau procédé, consistant à faire passer le canal en arrière et en dedans du masséter.

Voici en quelques mots les considérations anatomiques sur lesquelles nous avons basé nos expériences :

Les rapports de la face antérieure de la glande, qui peuvent nous intéresser, sont, vous le savez, le bord postérieur du masséter et le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. Sur une coupe horizontale, nous verrons très bien cela ; mais nous verrons aussi que la situation de la branche montante du maxillaire, par rapport au masséter, est interne et plus postérieure. De sorte que, partant du bord postérieur du masséter et nous dirigeant vers la muqueuse pour y aboucher au canal, nous avons à considérer un premier trajet très long, longeant la face externe du masséter et contournant son bord antérieur (procédé de Riberi), et un second, beaucoup plus court, consistant à longer la face *interne* du masséter et à aboucher le canal en avant du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. Non seulement ce trajet est plus court, mais, en disséquant le prolongement massétérin de la glande, nous retrouvons un morceau assez grand du canal en plus. Ensuite, en décollant la glande du bord postérieur du masséter, pour insinuer le canal à la face interne de celui-ci, nous évitons encore de contourner le bord postérieur du muscle.

Un simple coup d'œil jeté sur la figure schématique ci-après vous montre que l'abouchement se fait bien dans le vestibule buccal. On ne peut donc pas objecter que l'abouchement sera trop postérieur et se fera au niveau du pilier ou dans le pharynx.

Voici, en résumé, le mode opératoire que nous proposons :

Premier temps : Incision suivant une ligne allant du lobule de l'oreille à la commissure buccale. La direction de cette incision est tout indiquée par le trajet du canal que nous cherchons et par la disposition des filets du facial que nous devons éviter.

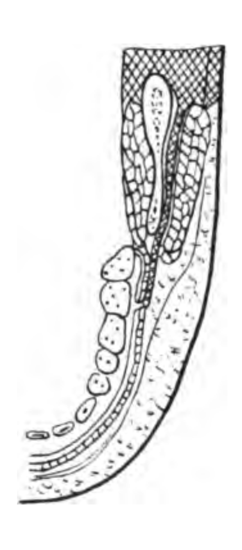
Deuxième temps : Recherche et dissection du canal ainsi que du prolongement massétérin de la glande.

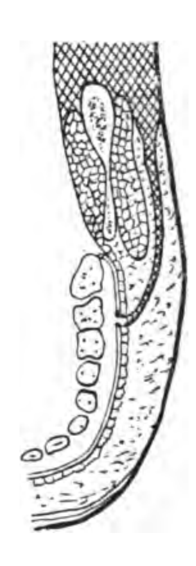
Troisième temps : Décollement de la glande d'avec le bord postérieur du masséter.

Quatrième temps : Décollement de la face interne du masséter d'avec la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur. Perforation de la muqueuse buccale.

Cinquième temps : Introduction du canal dans le trajet creusé et fixation de celui-ci à la muqueuse par une suture.

Sixième temps : Suture de la peau.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

D. MOLLIÈRE, *Note sur la chirurgie des voies salivaires.* (LYON MÉDICAL, 1887, t. LIV, p. 59.)

DUPHŒNIX, MORAND et LOUIS, *Observations sur les fistules du canal salivaire.* (MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE, 1757, t. III, p. 431, et 1774, t. V, p. 263.)

DESAULT, *Œuvres chirurgicales,* 1798, t. II, p. 198.

S. POZZI, *Bulletins de la Société de chirurgie,* 1882, p. 547.

L.-G. RICHELOT, *Ibidem,* 1882, p. 532.

DEGUISE, *Nouveau procédé de traitement de fistule salivaire.* (BULLETIN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, 1811, n° 2, p. 40.)

F. TERRIER, GUILLEMAIN et MALHERBE, *Chirurgie de la face,* 1897, p. 113.

D. HICGUET, *De la fistule du canal de Sténon : observations et réflexions,* 1868.

Dr Goris (Bruxelles). — **Un cas de maladie de Basedow sans goitre apparent. Diagnostic laryngoscopique; thyroïdectomie; guérison.**

Quand le syndrome de Basedow est complet, le diagnostic ne souffre pas de difficulté.

Dans le cas qui nous occupe, l'hypertrophie cardiaque était le seul grand symptôme marquant; et certes, je n'aurais pas songé au goitre exophtalmique, si certains symptômes ne m'y avaient amené assez naturellement.

La patiente, une jeune fille de 15 ans, vient me consulter au mois de décembre dernier pour une constriction qu'elle dit ressentir au niveau de la partie antérieure du cou, constriction qui gêne la respiration.

Ce qui me frappe tout d'abord, c'est la façon dont s'exécutent les mouvements respiratoires : ceux-ci sont courts, rapides, bruyants, et font immédiatement songer à une sténose du côté du larynx ou de la trachée.

Les mouvements respiratoires sont au nombre de trente-six par minute quand la malade marche. La nuit, me dit sa sœur, la respiration est devenue tellement bruyante, qu'on l'entend d'un étage à l'autre. La patiente a toujours eu une respiration bruyante et accélérée, mais cette aggravation a coïncidé avec une diminution notable des forces, qui se révèle surtout quand la patiente gravit un escalier. Le pouls se tient continuellement entre 140 et 144; la matité cardiaque s'étend jusqu'à la troisième côte.

Au-devant du cou, aucune tumeur apparente; seulement, quand la malade met la tête en forte extension, on voit la saillie médiane du corps thyroïde un peu plus accentuée qu'à l'ordinaire. L'examen laryngoscopique, assez difficile au début, me montre une trachée aplatie d'avant en arrière en fourreau de sabre; de plus, la corde vocale gauche est immobile en tension.

C'est cet examen laryngoscopique, très démonstratif, qui me fit songer à une tumeur antéro-latérale étreignant la trachée. C'est ce qui m'amena aussi, tout naturellement, à attribuer au corps qui produit le plus souvent ces compressions, au corps thyroïde, l'aplatissement de la trachée; mais, je le répète, on ne voyait pas de goitre apparent.

Du côté des yeux, pas d'exophtalmie.

Je désirais savoir si je me trouvais en présence d'une hypertrophie cardiaque simple, due à la compression de la trachée et des gros vaisseaux, ou bien d'une hypertrophie cardiaque idiopathique avec goitre non apparent.

La chose était importante à décider au point de vue de l'opération rendue inévitable par la sténose trachéale, parce que le pronostic à communiquer à la famille était d'une importance beaucoup plus grave dans la seconde alternative.

Je proposai une consultation avec M. le Professeur Verriest.

Après un long et minutieux examen, mon savant confrère conclut en faveur de la maladie de Basedow : l'hypertrophie du cœur, les fortes vibrations artérielles, même dans les vaisseaux éloignés, le tremblement, les vapeurs, les transpirations, tous ces signes qui, réunis, forment des éléments très importants dans les diagnostics des formes frustes, existaient chez ma patiente. M. Verriest, pas plus que moi, ne reconnut de goitre apparent. Mon examen laryngoscopique fut un élément de plus en faveur du diagnostic, parce que, dans mon esprit, le corps thyroïde seul, à cause de la région, de la forme même de la compression trachéale, était capable de produire la sténose.

J'opérai la malade le 27 décembre 1899 et trouvai au-devant de la trachée, la contournant et descendant un peu derrière le sternum, un goitre aplati du volume d'une mandarine J'en fis l'extirpation, laissant le lobe droit du corps thyroïde. La trachée, qui avait heureusement conservé son élasticité, reprit aussitôt son calibre normal ; immédiatement aussi cessa le bruit de sténose.

Le pouls et la respiration mirent un mois à revenir à la normale. De tous les signes basedowiens, le plus résistant fut l'hypertrophie cardiaque.

Je ne sais quelle est en ce moment l'étendue de la matité cardiaque que je n'ai plus eu l'occasion de vérifier depuis huit mois. Mais j'ai appris, il y a trois jours, par un membre de la famille, que mon opérée se porte parfaitement, se livre à toutes ses occupations et, qui plus est, a recouvré une fort jolie voix.

J'ai cru bon de signaler ce cas pour montrer l'importance que peut avoir, comme élément de diagnostic, l'examen laryngoscopique, ainsi que l'action favorable de la thyroïdectomie dans ce cas de maladie de Basedow.

Dr Lebesgue (Bruxelles). — **Un cas de grossesse tubaire.**

MESSIEURS,

Le cas dont j'ai l'honneur de vous relater aujourd'hui l'histoire me semble intéressant sous plusieurs rapports.

C'est, en effet, une grossesse tubaire proprement dite.

V. R., mécanicienne, 32 ans, est entrée le 6 juin 1900 dans le service de M. le Professeur Thiriar.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts d'affection pulmonaire; a un enfant vivant; a eu une fausse couche il y a neuf ans; pas d'antécédents génitaux pathologiques.

Depuis un mois, la malade se plaint de douleurs abdominales siégeant principalement à gauche; les périodes ont toujours été régulières jusqu'au 23 avril dernier, date des dernières règles; il y a donc, à son entrée à l'hôpital, un retard d'un mois et demi.

Pas de leucorrhée, pas de troubles gastriques; l'appétit est bon; pas de fièvre.

A l'examen, traces de vergetures; le ventre est légèrement ballonné; au toucher, le col est entr'ouvert; dans le cul-de-sac gauche existe une tumeur peu volumineuse. Les urines sont d'une couleur jaune foncé; dépôt formé par du mucus. Densité, 10.35; réaction acide; albumine, 0; sucre, 0.

La malade est traitée par les injections vaginales, ovules, crayons et enveloppements humides.

On note, le 7 juin au soir, une température de 37°,6, qui tombait le 8 au matin à 36°,8; il n'y eut pas d'autre élévation de température.

Le 15 juin, la malade quitte le service et rentre le 17 juillet; dans l'entretemps, elle dit avoir eu une période menstruelle qui a duré plusieurs jours; elle accuse néanmoins encore de vives douleurs abdominales prenant le caractère de crises et siégeant toujours à gauche.

A l'examen, on constate que l'utérus est refoulé en avant et à droite; il mesure 9 1/2 centimètres; le cul-de-sac gauche est occupé par la tumeur devenue fluctuante et augmentée de volume (orange) depuis le premier examen.

La température est normale; l'état général paraît bon.

La malade suit le même traitement médical jusqu'au commen-

cement du mois d'août; à ce moment, les crises de douleurs sont devenues intolérables et l'opération est décidée.

Opération. — L'intervention fut pratiquée le 4 août, avec l'aide de mes collègues, MM. les Drs Lucien Thiriar et Marcel Heger.

On pratique la laparotomie médiane; on constate l'existence d'une tumeur assez volumineuse siégeant sur la trompe gauche. Il existe de fortes adhérences (très légères avec l'intestin et l'épiploon); elles sont détachées non sans provoquer une forte hémorragie en nappe, qui m'oblige à tamponner fortement la cavité péritonéale à la gaze iodoformée. Cette manœuvre me permit de continuer et, les adhérences étant totalement détruites, la tumeur fut amenée et réséquée sous ligature du pédicule tout près de la corne utérine.

La cavité péritonéale fut drainée par une mèche de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent marquées par de la congestion pulmonaire: le 10 août, la température était de 39°, le pouls à 29 au $^{1}/_{4}$. Le traitement médical aida notre malade à surmonter cet assaut, et tout rentra bientôt dans l'ordre; la partie inférieure de la plaie par où avait été effectué le drainage donna lieu à une suppuration superficielle qui était tarie le 28 août.

A l'aspect extérieur, la tumeur semblait être constituée par un pyosalpinx; il n'en était rien. Voici la pièce que j'ai l'honneur de vous montrer : elle est développée uniquement sur la trompe gauche, mesure 13 centimètres dans son plus grand diamètre ; les parois ont une épaisseur de 3 centimètres. Il n'existe pas de trace d'ouverture ni de fissure quelconque. A l'incision, on constate au centre l'existence d'un kyste fœtal (pas de pus); le produit est mort et a environ un mois et demi de vie fœtale.

∴

Dans l'observation que présenta M. le Dr Gillis à la Société belge de chirurgie (séance du 14 mai 1897), je note également la présence des règles pendant l'évolution de la grossesse extra-utérine. Au point de vue du diagnostic, ce symptôme ne doit donc pas être pris en grande considération ; tout au moins ne peut-on pas se baser sur lui pour exclure la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Delbet (1) cite un cas où, après suppression des règles pendant

(1) *Bulletin de la Société chirurgicale de Paris*, 1900, p. 856.

quatre mois, il y eut une forte hémorragie. Cette malade fut opérée cinq mois après.

Schwartz cite les crises de douleurs; c'est le cas de notre malade.

L'examen du kyste fœtal corrobore les idées émises par Delbet; d'après lui, l'infection dans les cas de grossesses extra-utérines ne serait due qu'aux fissures du kyste, et, en effet, nous n'avons pas noté d'élévation de température, si ce n'est une fois, et encore n'était-elle pas élevée (37°,6).

Au point de vue de l'étiologie, ce cas démontre, comme l'ont fait Jagle et Delheren, que la grossesse extra-utérine se développe le plus souvent chez les multipares, après l'âge de 30 ans.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

GILLIS, S., *Bulletin de la Société belge de chirurgie*, 15 mai 1897.

JAGLE et DELHEREN, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, vol. IV, p. 29.

DELBET, *Bulletin de la Société chirurgicale de Paris*, 1900, p. 876.

SCHWARTZ, *Ibidem*, 1899.

Dr A. **Walravens** (Bruxelles). — **Un second cas de kyste séreux congénital de l'épaule.**

L'enfant X..., âgé de 11 mois, est né à terme; il est le puîné de deux enfants dont l'aîné est bien portant et n'offre aucune difformité. Les parents et grands-parents seraient eux aussi indemnes de toute affection congénitale. La grossesse a été normale. L'accouchement a été difficile, a duré longtemps, mais n'a nécessité ni forceps ni manœuvre d'aucune espèce. La présentation était céphalique. Immédiatement après la naissance, on ne remarqua rien d'anormal; ce ne fut que le lendemain que la garde-couches fit observer que l'enfant avait derrière l'épaule gauche une tumeur de la grosseur d'une noix. On n'y fit aucune attention dans le moment même, croyant que cela partirait comme cela était venu. Mais la tumeur ne faisait que grossir, et, pendant que l'enfant était en nourrice, elle devint si volumineuse que les parents le reprirent. Un médecin qu'ils consultèrent à ce moment voulut vacciner l'enfant sur cette tumeur, ce que les parents refusèrent.

Au moment où ils l'amenèrent chez notre confrère M. Monot,

avec qui j'ai vu l'enfant, on constatait à la partie postérieure de l'épaule, au niveau de la région trapézoïdale, une tumeur allongée dans le sens horizontal, de la grosseur d'un poing d'adolescent. Elle s'étendait du côté externe jusqu'à la partie postérieure de la région deltoïdienne et formait un prolongement sur le bord postérieur de ce muscle. En dedans, elle atteignait la ligne paravertébrale. En haut, elle s'étendait jusqu'à la limite supérieure du trapèze; en bas elle descendait jusqu'à 1 centimètre environ au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Elle avait environ 6 à 8 centimètres de longueur sur 3 à 4 de largeur.

La surface de la tumeur était irrégulière, bosselée. Elle avait une teinte violacée par endroits. A la palpation, on sentait une certaine résistance, mais pas de fluctuation.

La consistance de la tumeur avait fait croire à un lipome. Pour élucider le diagnostic, on avait pratiqué une ponction qui ramena un liquide clair, jaune blanchâtre, contenant beaucoup d'albumine. Après la ponction, la tumeur augmenta très sensiblement de volume. C'est à ce moment que je vis le petit malade et que je portai le diagnostic de kyste séreux congénital, et proposai l'excision.

L'opération, pratiquée sous la narcose chloroformique, démontra tout d'abord que la tumeur n'avait aucune adhérence avec la peau sus jacente. Elle en avait par contre beaucoup avec le trapèze qui lui était sous-jacent et entre les faisceaux musculaires duquel elle envoyait de nombreux prolongements, tant et si bien que je dus enlever une partie du muscle pour extirper toute la tumeur.

Latéralement, en dehors, la tumeur était en rapport avec le deltoïde qui la recouvrait en partie, et qu'il fallut écarter pour la découvrir et en exciser le dernier prolongement.

Dès le commencement de l'opération, je pénétrai dans le kyste, d'où il s'écoula un liquide de couleur brun chocolat, en quantité d'environ 100 centimètres cubes.

La tumeur enlevée, on vit qu'elle était constituée par une série de poches dont les parois étaient recouvertes de bandelettes fibreuses formant des anfractuosités délimitant des loges qui ont une contenance variable et dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une grosse noix.

Elles communiquaient toutes les unes avec les autres, à l'encontre de ce que l'on observe parfois.

La plaie fut suturée, je ne fis pas de drainage et l'enfant guérit par première intention.

Ce cas est intéressant à cause de diverses particularités sur

lesquelles je me permets d'attirer votre attention et qui concernent surtout le siège de la tumeur.

On sait que le siège de prédilection de cette variété de kystes est le cou. On les a rencontrés dans d'autres régions, il est vrai, et Lannelongue, comme je le rappelais dans ma première communication, en a vu à la région ombilicale. On en a vu qui, de la région sus-claviculaire, se développaient et descendaient jusque dans l'aisselle; mais, dans la littérature que j'ai pu consulter, je n'en ai pas vu mentionner occupant la partie supérieure de l'épaule. Cette particularité a aussi son importance au point de vue de l'étiologie : on a voulu voir une origine branchiogène à ces kystes, comme aux kystes dermatoïdes. On a déjà fait justice de cette opinion, et la question se circonscrit entre l'origine vasculaire et l'origine lymphatique. Notre cas présent justifie la seconde hypothèse. Le kyste était rempli de liquide blanchâtre, contenant beaucoup d'albumine, ainsi que l'a démontré la ponction. Il est vrai que, pendant l'intervention, c'est du liquide brun chocolat qui en est sorti, mais cela est manifestement en rapport avec le fait, que l'on a constaté après la ponction, de l'augmentation de volume de la tumeur. Cette augmentation a été due sans aucun doute à un versement sanguin dans le kyste, produit par la lacération d'un vaisseau pendant la ponction.

Dans d'autres cas, on a constaté que dans des kystes à loges distinctes, certaines contenaient un liquide clair, d'autres un liquide chocolat. C'est ce qui existait dans le premier cas que je vous ai présenté. Dans ces cas, on peut croire que ce sont de légers traumatismes qui ont provoqué l'épanchement dans certaines poches, alors que d'autres en étaient indemnes. Ces poches sont, en effet, entourées de nombreux vaisseaux, et l'on doit faire beaucoup d'hémostase pendant l'intervention. D'ailleurs, l'aspect violacé qu'a parfois la peau en cet endroit indique la grande vascularisation de ces tumeurs et la facilité de la rupture toujours possible d'un petit vaisseau. Cet aspect violacé a, au surplus, permis de confondre ces kystes avec des tumeurs sanguines. Et ceci m'amène au diagnostic de ces tumeurs. Le diagnostic différentiel s'établit par l'aspect extérieur. Les tumeurs sanguines, qui sont ordinairement plus colorées que celles qui nous occupent, ont des contours aux lignes plus régulières; ici nous observons des bosselures, des enfoncements.

La palpation, elle aussi, n'offre pas les mêmes caractères. On ne trouve pas dans les nævus la rénitence particulière qu'offrent les

lymphangiomes et qui fait pressentir sous le doigt une collection de liquide renfermée dans une poche qu'elle remplit entièrement en en distendant plus ou moins les parois. Il est naturellement des cas où, malgré tout, le diagnostic différentiel sera difficile, et c'est alors que la ponction sera indiquée. Et pourtant il est bon de dire ce que j'ai observé dernièrement au cours d'une opération faite par M. Lorthioir, et qui n'a pas encore été publiée.

Il s'agissait d'un enfant ayant sur les membres inférieurs de gros nævus qui ne faisaient que grandir et dont certains s'éliminaient d'eux-mêmes en se pédiculisant, tout en prenant une consistance cornée. Ils furent enlevés facilement, mais un de ces nævus, qui n'avait pas encore atteint l'évolution de la pédiculisation et s'étalait encore largement, a dû être disséqué minutieusement. Les touffes de vaisseaux sanguins qui s'entrelaçaient ne laissaient aucun doute sur la constitution du nævus, et pourtant un coup de bistouri, donné dans un endroit de la tumeur, donna issue à un liquide clair, séreux, comme celui des kystes congénitaux. Y avait-il là association des deux tumeurs? C'est probable, mais il n'en est pas moins vrai que si l'on avait douté de la nature de la tumeur avant l'excision et que l'on eût fait une ponction exploratrice dans la poche dont nous nous occupons, le diagnostic aurait été rendu beaucoup plus difficile.

Quant au pronostic, on peut le considérer commé bénin, mais on a vu des cas pourtant, comme celui publié par Tavel (1) l'an dernier, où la tumeur, envahissant peu à peu les tissus profonds, où elle envoyait des prolongements, allait comprimer la trachée.

Le traitement sera toujours autant que possible l'excision complète, qui empêche toute récidive. Si l'excision, par suite de la profondeur des poches, ne peut pas être parfaite, de peur de léser des organes importants, on laissera un drainage, comme le conseille Kirmisson et comme l'a fait Tavel. La guérison suit rapidement l'intervention. Dans un cas où le kyste avait enveloppé entièrement le faisceau nervo-vasculaire, Verchère (2) pratiqua la marsupialisation de la poche et obtint un très bon résultat. Cette opération, naturellement, n'aurait pas d'indication dans un cas comme le nôtre, où elle ne ferait qu'allonger inutilement le traitement.

---

(1) *Centralblatt für Chirurgie*, n° 30, 29 juillet 1899.
(2) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 18 novembre 1896.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Dr Goris (Bruxelles). — **Un cas de pansinusite unilatérale opéré en une séance.**

Les méthodes d'examen que met à notre disposition la rhinologie nous permettent de faire, dans les cas de suppuration des cavités de la face, des diagnostics très précis. Mais les méthodes curatives que nous fournit la rhinologie ne suffisent souvent pas à la guérison des sinusites chroniques ou compliquées dont la cure relève des procédés chirurgicaux proprement dits; c'est d'un cas de ce genre qu'il s'agit ici.

Cette personne était atteinte, depuis une époque qu'elle fait remonter à huit mois, d'une suppuration très fétide de la narine gauche. Je pense que cette suppuration est plus ancienne, eu égard aux dégâts qu'elle avait produits.

Quand je vis la patiente pour la première fois, au commencement de septembre de cette année, elle exhalait par la fosse nasale gauche une odeur d'une fétidité repoussante.

La joue gauche était gonflée; ce gonflement s'étendait à l'angle interne de l'œil, œdématiant les paupières de ce côté au point de rendre impossible l'écartement volontaire des paupières; l'œil était en strabisme externe permanent.

Le diagnostic d'empyème maxillaire avait été établi par un confrère qui avait pratiqué, au mois de mars 1900, la perforation alvéolaire; la malade continuait depuis lors à s'irriguer le maxillaire, ramenant chaque fois du pus, mais ne parvenant même pas à diminuer la fétidité de l'odeur qu'elle exhalait.

L'opération a eu lieu vers la fin de septembre. Je fis une incision partant du milieu du sourcil gauche, atteignant la racine du nez, suivant le sillon qui sépare le nez de la joue, circonscrivant l'aile du nez pour atteindre le sillon sous-nasal et fendre en deux la lèvre supérieure. Le détachement du lambeau mit à nu le maxillaire, et la section de l'apophyse montante m'ouvrit une large brèche vers l'ethmoïde. Le maxillaire et la fosse nasale étaient remplis de pus caséifié et d'os nécrosés. J'enlevai la masse latérale de l'ethmoïde, à ras de la base du crâne, me guidant au fond de l'orbite sur la saillie qui existe entre le trou optique et la fosse nasale, pour ne

pas blesser le nerf optique, et je pus ainsi explorer au doigt et curetter à fond le sinus sphénoïdal.

J'ouvris le sinus frontal rempli de pus et de fongosités, et fis largement communiquer ce sinus, en enlevant sa paroi antéro-inférieure avec la fosse nasale.

Toutes les cavités se trouvaient ainsi déblayées. L'opération se termina par la suture des parties molles sectionnées.

La malade est parfaitement guérie; le pus et l'odeur ont disparu et la vue ainsi que les mouvements de l'œil sont intacts.

Dr Goris (Bruxelles). — **Diverticulum de l'œsophage.**

J'ai l'honneur de vous présenter un patient que j'ai opéré, le 28 septembre dernier, d'un diverticulum de l'œsophage.

Les cas de l'espèce ayant passé par l'opération sont encore relativement rares. Notre collègue Depage en avait compté quinze l'an dernier à propos d'une opération de ce genre, exécutée de façon heureuse par lui et dont il nous fit la relation.

Mon patient est âgé de 34 ans. Ce n'est qu'au mois de mars dernier qu'il ressentit la première gêne dans la déglutition, gêne qui ne fit que s'accentuer progressivement.

Quand je le vis pour la première fois, le 24 septembre, je constatai qu'en lui faisant boire un verre d'eau, la région antérieure gauche du cou se bombait de façon très remarquable. En appuyant sur la voussure ainsi produite, je fis revenir dans la bouche une bonne quantité d'eau que je négligeai malheureusement d'évaluer. C'est du reste le symptôme très incommodant dont le malade se plaignait.

Le diagnostic de diverticulum œsophagien s'imposait, mais je le fis en excluant tout rétrécissement, parce que dès que la poche était remplie, le malade pouvait avaler des aliments, tels que la viande et les pommes de terre. Toutefois, le patient constatait que la présence de la tuméfaction lui rendait la déglutition plus laborieuse que naguère.

L'état général était encore très bon; j'insistai en faveur d'une opération immédiate, afin d'éviter, avec l'agrandissement du sac, l'amaigrissement et l'affaiblissement inévitables. Du reste, le patient était tellement incommodé de son infirmité que sa décision fut prise séance tenante.

L'opération eut lieu le 28 septembre avec l'aide de mon confrère le Dr Javaux, qui m'avait adressé le patient pour son affection de la gorge.

Une longue incision, menée le long du sterno-mastoïdien à partir de la grande corne de l'os hyoïde jusqu'à la fossette sus-sternale, me fit arriver sur un lobe thyroïdien très développé ; je luxai cet organe en faisant la ligature des artères et veines thyroïdiennes, et, réclinant le corps thyroïde en avant et à droite, les gros vaisseaux vers la gauche, je tombai sur la poche œsophagienne. Celle-ci était de couleur bleu-noir et avait le volume d'une petite prune.

Dans les cas décrits par Koenig, l'insertion de la poche se fait ou bien entre la trachée et l'œsophage pour les diverticules provenant d'adhérences cicatricielles à la suite de suppurations des ganglions préœsophagiens, soit entre la colonne vertébrale et l'œsophage pour les diverticules formés par la propulsion du bol alimentaire contre un obstacle quelconque siégeant dans l'œsophage. Ici le diverticule se trouvait inséré perpendiculairement et latéralement à l'œsophage, au niveau des premiers anneaux de la trachée; c'est là un point sur lequel je désirais attirer votre attention.

Je saisis la poche en passant deux fils dans la musculaire, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du diverticule, et enlevai la poche au bistouri. En ce moment, j'introduisis une sonde œsophagienne par la narine gauche et la fis glisser dans l'œsophage pour me permettre de nourrir le patient pendant les premiers jours après l'opération.

Je fermai la plaie œsophagienne par deux plans de suture en surjet au catgut, le premier réunissant les bords de la muqueuse, le second les bords de la tunique musculaire.

La pose des sutures fut la seule partie réellement laborieuse de l'opération, à cause de la profondeur et de l'étroitesse de la plaie.

L'opération se termina par la suture de quelques centimètres de peau à la partie supérieure ainsi qu'à la partie inférieure de la plaie. Je bourrai légèrement par dessous le corps thyroïde, au moyen de gaze stérilisée, la plaie que je laissai ouverte par son milieu.

Je désire maintenant appeler un instant votre attention sur l'alimentation du malade et la cicatrisation de la plaie œsophagienne.

Kocher impose un jeûne de cinq jours à ses patients; Witzel propose la gastrostomie préalable.

Je ne vois pas pourquoi l'on recourrait à ces extrêmes. Je ne dis

pas que la façon dont j'ai procédé serait toujours couronnée du même succès; mais étant donné que le résultat immédiat a été excellent en ce qui concerne l'alimentation et la cicatrisation, je me proposerais bien d'agir encore de même façon le cas échéant.

La présence dans l'œsophage d'une sonde à demeure bien lisse et bien propre, du moment où cette sonde reste immobile, n'augmente pas de beaucoup les chances d'infection d'une plaie sans aucun doute septique. Cette sonde permet de désaltérer le malade et de soutenir ses forces au moyen de lait, etc., pendant les quatre ou cinq premiers jours suivant l'opération. La présence de la sonde dans la fosse nasale est sans aucun doute désagréable à l'opéré; mais je pense que cette sensation doit lui être infiniment moins pénible que le sentiment de la faim et de la soif pendant cinq jours.

La gastrostomie complique d'une opération grave une autre opération grave. Il est certain que si quelques succès étaient signalés à l'actif de la sonde à demeure, personne ne songerait à ouvrir préalablement l'estomac aux porteurs de diverticules œsophagiens.

Voyons les suites immédiates de l'opération dans mon cas.

L'opéré garde la sonde pendant quatre jours pleins. Je la lui enlève le cinquième jour et, soulevant le corps thyroïde pendant que le patient avale de l'eau, nous constatons, M Javaux, mes assistants et moi, que pas une goutte ne s'écoule par la plaie.

Le sixième jour, la plaie laisse s'écouler $^1/_{20}$ du lait que le patient déglutit en ma présence et que je recueille dans une éprouvette graduée.

Le septième jour, le même procédé nous fait constater qu'il se perd un dixième.

La quantité perdue se maintient au même taux jusqu'au dixième jour, où elle descend à 4 $^1/_2$ centimètres cubes sur 120.

Le malade, qui jusqu'ici s'est nourri de lait et d'œufs, prend en outre du pain trempé dans du café.

Le onzième jour, il ne s'écoule plus que 5 $^1/_2$ centimètres cubes sur 260.

Le douzième jour, il ne s'écoule plus que 4 centimètres cubes sur 260.

Le treizième jour, il ne s'écoule plus que $^1/_2$ centimètre cube sur 260.

A partir du onzième jour, je permets au malade de prendre des aliments pâteux et liquides, de la viande hachée et des pommes de terre.

A partir du quatorzième jour, la plaie ne laisse plus s'échapper une seule goutte de liquide.

Le quinzième jour, le patient accompagne ses parents et va dîner avec eux au restaurant.

Je signale ces détails, parce qu'ils nous renseignent assez exactement sur la cicatrisation de la plaie œsophagienne.

Il doit s'être produit une rupture au niveau d'un des points de suture entre le cinquième et le sixième jour; mais la plus grande partie de la plaie s'est certainement réunie par première intention; car si cette réunion ne s'était pas faite, tout le bol liquide lancé par la contraction du pharynx au moment de la déglutition aurait passé, non par l'œsophage dont les parois sont adossées, mais par la plaie qui mesurait plus de 3 centimètres de hauteur. La marche rapide de la cicatrisation démontre du reste que la portion de plaie non réunie devait être très minime.

Au point de vue de l'étiologie, aucune des causes habituelles, brides cicatricielles, ulcération de la paroi, rétrécissement de l'œsophage, ne peut être invoquée. La seule anomalie que j'aie trouvée et qui pourrait avoir son importance étiologique, tout comme le port d'une cravate ou d'un col trop serrés, c'est la présence d'un lobe thyroïdien à gauche très développé et qui aurait pu, par son volume, gêner la migration du bol alimentaire dans l'œsophage. Mais encore, dans ce cas, la dilatation aurait-elle dû siéger au-dessus de l'obstacle, là où l'œsophage n'était pas soutenu par le corps thyroïde; or ici le diverticule siégeait exactement en arrière du lobe thyroïdien.

AVIS.

Les Congrès annuels des chirurgiens russes se tiendront à Moscou. Le premier aura lieu du 28 au 30 décembre 1900.

Un comité est élu pour l'organisation du Congrès; il est composé comme il suit : *Président*, Prof^r^ DIAKONOW; *Vice-Président*, Prof^r^ BOBROW; *Secrétaires*, Dr REIN et Dr DERUJINSKY; *Trésorier*, Dr BÉRESKIN; *Membres du Comité*, Prof^r^ SINITZIN, Dr SOLOVIEW et Dr MARTINOW.

Le Secrétaire,
H. VERNEUIL.

Bruxelles. — Imprimerie HAYEZ, rue de Louvain, 112.

Séance du 17 novembre 1900.

PRÉSIDENCE DE M. LE D[r] L. BLONDEZ.

CORRESPONDANCE.

Des lettres de MM. DESGUIN, WILLEMS, VERHOEF et LEBESGUE s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

DISCUSSION DU PROCÈS-VERBAL DE LA DERNIÈRE SÉANCE.

A propos d'un cas de thyroïdectomie pour maladie de Basedow. (M. GORIS.)

M. Depage. — J'ai lu attentivement dans le *Bulletin* la communication faite par M. Goris lors de notre dernière séance, et je me demande si, dans le cas qu'il a rapporté, il s'agit bien en réalité d'une maladie de Basedow.

L'aplatissement de la trachée et la gêne respiratoire peuvent expliquer l'hypertrophie cardiaque et la tachycardie. Je crois que ces désordres sont compatibles avec l'existence d'un goitre simple. L'exophtalmie, le tremblement, les autres symptômes qui doivent caractériser la maladie de Basedow, dont le goitre n'est qu'un des

éléments, je ne les vois pas signalés dans le travail de M. Goris. Je ne suis donc nullement convaincu qu'il s'agissait dans l'espèce d'une maladie de Basedow.

M. Goris. — Quand j'ai vu la malade pour la première fois, mon diagnostic était : goitre simple. Mais M. le professeur Verriest, qui a examiné le cas après moi, et très longuement, m'a signalé l'hypertrophie cardiaque, la vibration exagérée des vaisseaux artériels, les transpirations abondantes, les vapeurs, tous symptômes notés dans ma communication, comme M. Depage peut s'en convaincre.

M. Depage. — Qu'on ne se méprenne pas sur le sens de mes observations. Je ne critique aucunement l'intervention opératoire dans les circonstances présentes. Il fallait agir. J'ai dit que le diagnostic de maladie de Basedow me paraissait douteux, et les détails complémentaires fournis par notre collègue n'ont pas encore modifié mon opinion. M. Verriest penche, dit-il, vers le diagnostic de maladie de Basedow qui, pour moi, ne se justifie point suffisamment. Donc il n'affirme pas; il reste un doute dans son esprit et cela suffit à augmenter le mien. Parmi tous les symptômes qui me sont signalés, il n'en est aucun qui ne soit explicable par le seul fait de la gêne respiratoire. Eh bien, je prétends qu'en de pareils cas il faut des certitudes. On discute beaucoup en ce moment la question de savoir si c'est à la thyroïdectomie ou à la résection des sympathiques qu'il faut avoir recours dans les cas de maladie de Basedow. On ne pourrait donc admettre un succès mis à l'actif de la thyroïdectomie que s'il était manifestement prouvé que le goitre enlevé était bien et sans contestation possible sous la dépendance exclusive de l'affection signalée par M. Goris.

M. Goris. — Avec le raisonnement de M. Depage, il faut éliminer pour toujours les cas de goitre exophtalmique fruste. Pareille façon de voir me paraît discutable. J'ai signalé d'ailleurs qu'il y avait chez mon sujet un tremblement des doigts. La simple compression de la trachée est-elle susceptible de produire ce symptôme? D'après Marie, le tremblement et l'hypertrophie cardiaque seuls suffisent pour caractériser la maladie de Basedow. Or, dans mon cas, nous avons le goitre, l'hypertrophie cardiaque, l'accélération considérable du pouls (144), le tremblement et les phénomènes vaso-moteurs. Qu'y manque-t-il? L'exophtalmie seule.

M. Hendrix. — Les troubles circulatoires dus à la compression ne détermineraient-ils pas de la dilatation du cœur droit, au lieu de produire de l'hypertrophie, ainsi qu'on l'a constaté? M. Goris ne nous a pas dit depuis quand ces troubles existaient.

Je pense que la compression ne pouvait durer depuis bien longtemps.

M. Goris. — C'est précisément ce qui peut nous faire croire à l'existence d'un goitre fruste. Je ne puis dire à quelle époque il faut faire remonter la compression de la trachée. Elle existait quand j'ai vu la malade pour la première fois, mais ce qu'il y a de certain, c'est que les troubles respiratoires que j'ai signalés dataient de la première jeunesse.

A propos d'un nouveau procédé de ligamento-hystéropexie abdominale. (M. Dejardin.)

M. Verneuil. — Dans le cas de rétroversion utérine, l'hystéropexie abdominale n'est pas une mauvaise opération, si l'on n'envisage que le redressement de l'organe et la fixation solide que l'on peut obtenir de la sorte; le succès est une question de bonne technique. Je ne pense pas qu'un seul chirurgien puisse prétendre le contraire. Seulement des accidents — tout au moins des inconvénients parfois sérieux – ont été constatés après des hystéropexies bien conduites et efficaces au point de vue du résultat que l'on désirerait atteindre. C'est ce qui a fait abandonner la méthode par beaucoup de chirurgiens qui avaient observé ou entendu citer des cas de troubles menstruels, troubles vésicaux, dystocies consécutives à l'opération.

Bien certainement (lorsque la mobilité de l'utérus permet d'y avoir recours), l'opération d'Alexander, qui ne nécessite pas de laparotomie, qui ne crée pas d'adhérences, qui place l'organe dans une position presque normale, est de beaucoup préférable quand on la pratique avec succès. Elle présente toutefois certaines difficultés, des causes de non-réussite, et il est logique que l'on s'ingénie à en perfectionner la technique. Je comprends donc la tentative de notre collègue. Mais ce que je ne comprends pas, c'est la combinaison des deux procédés, car si l'on ne recherche que la fixation, l'hystéropexie abdominale suffit, et si l'on veut en éviter

les inconvénients, il faut l'abandonner. La façon de traiter les ligaments ronds ne peut rien changer aux conséquences de l'hystéropexie.

M. Rouffart. — Je suis de l'avis de M. Verneuil; de plus, je reprocherai au procédé de M. Dejardin de laisser dans le péritoine une ouverture nécessaire au passage des ligaments ronds. N'y aura-t-il pas là un point faible, un appel à l'éventration qu'il est si nécessaire d'éviter? Ce sera d'autant plus à craindre que les ligaments vont être compris dans l'ensemble de la ligature musculaire dont l'effet se trouve diminué.

Quant aux dangers et inconvénients de l'hystéropexie abdominale signalés par M. Verneuil, ils sont beaucoup moins à craindre depuis que l'on a modifié la technique opératoire et que l'on fixe la partie inférieure au lieu de la portion supérieure de la face antérieure de l'utérus. Mais l'opération doit être réservée aux cas de rétroversions adhérentes, aux cas où une laparotomie a été rendue nécessaire par des lésions annexielles.

Dans les autres cas, l'Alexander est suffisant et réussit à merveille. J'ai une statistique de quatre cents cas avec un résultat excellent et sans récidive.

M. Vince. — J'ai constaté maintes fois des troubles de dysménorrhée après l'hystéropexie abdominale. Ils s'expliquent très bien : L'utérus étant fixé par son fond à la paroi, les ligaments utéro-sacrés sont tendus en avant. S'ils sont forts et que leur action se manifeste, il s'ensuit qu'au bout d'un certain temps la direction du canal utérin devient tout à fait anormale. Je crains fort que ces accidents de dysménorrhée ne s'aggravent encore et ne deviennent plus fréquents en fixant l'utérus, ainsi que M. Rouffart vient de le décrire.

M. Rouffart. — Notre collègue Vince fait erreur : en fixant l'utérus par le bas, on évite précisément cette inflexion du canal utérin dont il vient de parler.

M. Depage. — L'opération d'Alexander est excellente, c'est certain, mais il convient de n'en exagérer ni la facilité ni la valeur. Les ligaments peuvent êtres difficiles à trouver; j'ai pu m'en assurer un jour en cherchant jusque dans la cavité abdominale. Enfin je connais un cas où l'utérus attiré fortement en avant avait provo-

qué de telles douleurs, qu'une hystérectomie devint plus tard nécessaire.

M. Rouffart. — J'avoue que pour ma part je n'ai jamais eu de difficultés à trouver les ligaments. J'ouvre toujours le canal largement. La réussite de l'opération dépend de la technique suivie. Jadis, quand on pratiquait l'Alexander de façon imparfaite, les insuccès étaient la règle. C'est du reste ce qui fit abandonner la méthode.

M. Delétrez. — Ce qui m'étonne un peu dans ce chiffre si considérable d'opérations pratiquées par M. Rouffart, c'est la constance des succès. Je me demande d'ailleurs comment notre collègue s'y est pris pour les contrôler.

M. Rouffart. — Je n'ai pas revu évidemment mes quatre cents opérées. Je me suis sans doute mal exprimé. Mais de cette série, toutes celles que j'ai pu revoir n'avaient pas de récidive. Voilà ce que j'ai voulu dire.

M. Dejardin. — Le texte de ma communication fait que M. Verneuil n'admet pas mon procédé, en tant que combinaison d'hystéropexie avec la fixation médio-abdominale des ligaments ronds. Je suis de l'avis de M. Verneuil. Cette combinaison est dangereuse, parce qu'elle laisse subsister tous les inconvénients de l'hystéropexie qui, comme il le dit, n'est pas une mauvaise opération, mais qui amène des inconvénients ou même des accidents sérieux à sa suite.

Si j'ai décrit mon procédé comme je l'ai fait, c'est que j'en ai eu l'idée à l'occasion d'une hystéropexie abdominale.

L'opération à peu près terminée, et me souvenant qu'une première hystéropexie n'avait donné aucun résultat chez cette malade, j'ai eu l'idée de détacher les ligaments et de les fixer de la manière que j'ai dit. Mais je ne tiens nullement à ce procédé mixte, et je me contente, comme je l'ai fait depuis chez deux autres malades, de la fixation par les ligaments.

M. Verneuil et moi, sommes, on le voit, à peu près d'accord, et je le remercie pour son appréciation du procédé simplifié.

Je répondrai à M. Rouffart que la solidité de la paroi abdominale ne souffre nullement du passage des ligaments à travers le péritoine, si l'on prend soin de restaurer cette paroi comme je le conseille.

Est-ce que la solidité de la paroi abdominale se trouve influencée défavorablement par le passage du cordon à travers le canal inguinal? Et, s'il y a là une hernie, la cure radicale ne la guérit-elle pas ?

M. Rouffart parle ensuite des avantages de l'hystéropexie, telle qu'il la pratique, c'est-à-dire en fixant l'utérus par la partie inférieure du corps au lieu de la fixer par le fond. L'opération, dit-il, doit être réservée aux cas de *rétroversions* adhérentes, aux cas où une laparotomie a été rendue nécessaire par des lésions annexielles. Dans les rétrodéviations mobiles, ajoute-t-il, l'Alexander est suffisant et réussit à merveille.

Et d'abord, est-il démontré par des faits qu'une hystéropexie, même faite à la façon de M. Rouffart, vaille mieux qu'une ligamentopexie à ma façon? C'est toujours l'utérus lui-même qui est fixé, et les inconvénients signalés par M. Verneuil doivent rester, au moins en partie. Et puis, pourquoi ne pas essayer au moins de faire comme moi, même dans les rétrodéviations fixes? Nous ne pourrions conclure ni l'un ni l'autre quant à la supériorité du procédé.

Je rappelle d'ailleurs qu'à la fin de mon travail, j'ai donné comme indications de l'opération : le prolapsus génital complet; le prolapsus rebelle; ceux où d'autres procédés ont échoué (même les hystéropexies). Je ne vois pas que M. Rouffart ait parlé de prolapsus, mais tout le temps de rétrodéviations; quant à l'Alexander appliqué aux rétrodéviations mobiles, et à condition de le faire suivant une technique analogue à celle de Cittadini, je suis d'accord avec M. Rouffart : c'est une fort bonne opération. Mais dans le prolapsus, cette opération est inférieure à mon procédé. Comme je l'ai écrit : « Si nous comparons la ligamentopexie abdominale au procédé d'Alexander, nous voyons de suite qu'elle a sur celui-ci un immense avantage, surtout dans le prolapsus. En effet, le raccourcissement inguinal attire surtout l'utérus en avant et le fixe contre la vessie et le pubis. Il ne le soulève pas. La ligamentopexie abdominale, au contraire, le fixe très haut, et c'est là surtout, si l'on fait en plus le rétrécissement périnéal, le résultat idéal.

» De plus, elle permet de parer aux lésions annexielles. »

Je crois, avec M. Rouffart, qu'il est toujours possible de trouver les ligaments, et que l'opération d'Alexander est suffisante dans les rétrodéviations mobiles. Mais en cas de prolapsus et de rétrodéviations adhérentes, elle est inefficace, et là je pense qu'il y aura avantage à appliquer mon procédé plutôt qu'à faire l'hystéropexie.

Comme conclusion, je dirai :

Dans le prolapsus utérin (indépendamment des plastiques vagino-périnéales), faites chez les femmes jeunes la ligamentopexie abdominale, et chez les femmes ayant dépassé la ménopause, faites l'hystéropexie et, si l'on veut, la ligamentopexie.

A propos de la résection d'un diverticule œsophagien. (M. Goris.)

M. Dejardin. — Après avoir pratiqué l'opération qu'il nous a décrite, notre collègue Goris alimente son malade au moyen d'une sonde qu'il fait passer par le nez au moment de terminer. Il la laisse à demeure. Ne serait-il pas plus simple de l'introduire par la bouche chaque fois qu'il faut nourrir le malade, ou de la fixer à demeure dans la bouche ?

M. Goris. — Passer la sonde chaque fois qu'il faut nourrir son malade, cela offre de multiples inconvénients.

On éprouve parfois de grandes difficultés pour l'introduire, ce qui est une source de fatigue et de souffrances pour le patient. Puis on s'expose à contrarier le travail cicatriciel et à produire des désordres de ce côté.

M. Depage. — La présence de la sonde dans le nez n'incommode guère les malades : je les ai rarement vus s'en plaindre, et je recours à ce moyen fréquemment, même dans certains cas de staphylorraphie. La fixation dans la bouche peut se faire, mais elle est plus difficile et plus pénible pour le patient.

M. Verneuil. — Pour ma part, je suis très partisan de la sonde fixée à demeure et passant par le nez.

LECTURE.

Rapport de M. le Dr DANDOIS *sur un travail présenté à la Société par M. le* Dr DELANGRE, *de Tournai, sous ce titre :*

Dilatation et ptose de l'estomac avec adhérences gastro-côliques. Libération et gastro-plication.

Le manuscrit de M. Delangre débute par un aperçu historique sur la chirurgie gastrique; il a pour objet la relation d'une opération qu'il a pratiquée sur l'estomac, en utilisant un procédé qui, sans être nouveau, est peu connu et a été bien rarement utilisé à notre connaissance.

Le sujet — une femme de 45 ans — souffrait depuis un an de troubles digestifs, notamment d'une pneumatose gastrique occasionnant des éructations bruyantes; il y avait du clapotement et les autres signes de la stase gastrique; en outre, une induration diffuse de l'étendue d'une paume de main à la région épigastrique, si bien que le diagnostic de cancer eût été porté facilement si les autres signes de cette affection n'avaient fait défaut.

L'insuccès du traitement médical, lavages de l'estomac compris, dûment constaté, M. Delangre se décida à ouvrir le ventre et se trouva d'abord en présence d'adhérences intimes contractées entre la grande courbure de l'estomac et la portion terminale du côlon transverse; il détacha ces adhérences qui constituaient l'induration constatée auparavant par le palper.

Il se trouva alors en présence d'un estomac « dilaté et ptosé », et, à l'effet « d'en réduire la capacité, de relever la grande courbure et d'effacer le fond de la poche prépylorique », il pratiqua la gastro-plication, c'est-à-dire qu'il invagina à l'intérieur de l'estomac une partie de sa paroi antérieure en fixant, au moyen de sutures, quatre plis verticaux.

L'intervention eut le meilleur résultat; l'opérée fut à même très rapidement de supporter une alimentation des plus variées; les malaises, les éructations disparurent complètement.

M. le Dr Delangre s'abstient de commenter cette observation, se bornant à dire que la gastro-plication, opération rapide et bénigne,

se recommande dans les cas de « distension atonique, préventive, d'origine névro-motrice » de l'estomac. Or, nous ne sommes guère disposés à admettre ce diagnostic dans l'espèce, pareille conception nosologique, trop facilement acceptée jadis, ayant besoin aujourd'hui d'une démonstration rigoureuse; en effet, les découvertes et les succès de la clinique gastrique moderne nous ont amenés à substituer généralement à la notion de la dilatation de l'estomac par atonie musculaire celle de la dilatation par stase.

En outre, chez la malade dont il s'agit, il s'est trouvé des lésions anatomiques qui se concilient fort peu avec le diagnostic d'atonie gastrique simple : nous voulons parler des adhérences existant entre l'estomac et le gros intestin; M. le Dr Delangre ne fait mention de ces adhérences dans le cours de son observation que comme une chose accessoire, et il ne se demande pas à quoi il fallait ou bien on pouvait les attribuer.

Quant à nous, nous nous demandons volontiers si ces adhérences ne s'étaient pas produites au voisinage d'une affection ulcéreuse simple ou néoplasique de l'estomac, et si le succès obtenu au moyen de l'intervention vaudra plus que ces améliorations passagères constatées si souvent dans les lésions inopérables de l'abdomen à la suite d'une laparotomie exploratrice: cette hypothèse est parfaitement soutenable, l'intervention ne remontant pas au delà de quelques mois.

Au surplus, la libération des adhérences susdites n'a-t-elle pas contribué, plus que le reste de l'intervention, à procurer une amélioration?

Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, les avantages de la gastro-plication, que M. le Dr Delangre a eu pour but de mettre en relief, apparaissent comme très contestables dans l'observation rapportée par lui.

Nous estimons que, dans ces conditions, son travail ne nous apporte aucun enseignement.

COMMUNICATIONS.

Dr Lauwers (Courtrai). — **Tuberculose du rein droit, compliquée d'une abondante hémorragie intravésicale. Cystotomie sus-pubienne. Néphrectomie lombaire droite. Guérison.**

Émile N..., adulte vigoureux de 34 ans, forgeron, réclama mes soins le 18 octobre 1900.

Antécédents. — Sa mère est morte de cancer au sein; il a un frère qui est mort de tuberculose pulmonaire; de ses six enfants, trois sont morts, dont un de méningite tuberculeuse.

Il fait remonter à près de deux ans le début de sa maladie. Il constata tout d'abord des douleurs assez vives dans la région du rein droit; ces douleurs survenaient par accès, le plus souvent au milieu de la nuit, à des intervalles assez éloignés; elles disparurent spontanément et firent suite à de longs mois d'un bien-être relatif. Puis le malade remarqua que les mictions devenaient plus fréquentes et douloureuses, et que les urines, parfois troubles, donnaient lieu à un dépôt au fond du vase. Ces symptômes vésicaux s'accentuèrent, et en septembre 1899 survint un ténesme incessant. Le Dr Van Clooster, d'Ingelmunster, constata un rétrécissement urétral et une excessive sensibilité du col de la vessie; l'urine était ammoniacale, mélangée de pus et de cellules épithéliales, et parfois d'un peu de sang.

Plus tard, N... s'adressa à un spécialiste pour voies urinaires qui diagnostiqua une cystite et conseilla le repos, l'eau de Vichy et le salol. Les symptômes s'amendèrent pour reparaître de plus belle. Un second spécialiste prétendit constater, au cystoscope, une tuberculose des parois de la vessie, et pratiqua des instillations médicamenteuses. Le ténesme diminua, mais les hémorragies devinrent de plus en plus abondantes, jusqu'au moment où il se vit forcé de se faire opérer.

A ma première visite, je le trouvai debout, pâle, défait, suant à grosses gouttes, accusant un ténesme vésical atroce, et me suppliant d'ouvrir sa vessie « qui était gorgée de caillots et qui allait éclater ». Il faisait des essais de miction toutes les cinq minutes, et, après de violents efforts d'expulsion, il parvenait à faire sortir quelques gouttes d'urine fortement teintée de sang. Ces épreintes intolérables l'empêchaient de rester couché et de prendre aucun repos.

Une exploration manuelle rapide de l'hypogastre me permit de constater que le diagnostic porté par le malade était exact. La vessie distendue remontait jusqu'à l'ombilic ; elle était globuleuse, très dure, sensible au palper et à la percussion.

Le palper des deux reins ne me fit rien découvrir d'anormal.

Le pouls était petit et fréquent. Il n'y avait pas de fièvre.

Le malade fut transporté à mon institut et opéré le même jour.

1. *Cystotomie hypogastrique.* — Anesthésie au chloroforme. Plan incliné de Trendelenburg. Incision sus-pubienne transversale de Kocher. Le globe vésical étant mis à nu, je passai deux anses de fil de soie dans la paroi de la vessie, à 8 centimètres d'intervalle, dans le but de la soulever et de faciliter l'application des sutures à la fin de l'opération. Puis j'ouvris largement la vessie sur la ligne médiane entre les deux fils, et j'enlevai les énormes caillots noirs dont elle était gorgée. Saisissant alors les lèvres de l'incision vésicale dans des pinces hémostatiques, j'ouvris largement la cavité du viscère, je l'asséchai avec des tampons de gaze stérilisée et j'en fis l'exploration minutieuse et prolongée. A part un peu de rougeur, due au contact irritant des caillots, la muqueuse vésicale était normale sur toute son étendue. Il n'y avait ni calcul, ni tumeur, ni villosité, ni dégénérescence d'aucune sorte. Seul, l'orifice de l'uretère droit présentait des bords rouges, injectés, tuméfiés De moment à autre, un petit jet d'urine, claire et normale en apparence, était projeté de l'orifice de l'uretère gauche, dans lequel le cathétérisme était de toute facilité. Il ne sortait pas d'urine de l'uretère droit, et le sondage de ce canal était difficile. Pour compléter une exploration dont l'importance saute aux yeux, j'appliquai pendant quelques minutes un petit tampon d'ouate sur chacun des orifices des deux uretères, et, en les retirant, je pus constater que le tampon de gauche était imbibé d'urine, tandis que celui de droite était maculé par quelques gouttes de sang.

L'incision vésicale fut suturée par un double surjet à la soie fine, et une sonde fut appliquée à demeure dans l'urètre. Je posai le diagnostic de tuberculose du rein droit, et je remis la néphrectomie au lendemain.

Avant de passer au second temps de mon intervention chirurgicale, je tiens à justifier mon diagnostic : tuberculose primitive du rein droit. Il est évident que, pour être d'une précision absolue, ce

diagnostic aurait présupposé la découverte de bacilles de Koch dans l'urine, et leur provenance du rein droit. Cette recherche n'a pas été faite et elle n'a pas pu l'être, attendu que mon intervention a été légitimée d'urgence par une hémorragie grave intravésicale. Il ne s'agit donc ici que d'un diagnostic probable, par voie d'exclusion.

Il est clair que le sang, accumulé dans le réservoir urinaire, ne pouvait provenir que de deux sources : de la vessie elle-même ou des reins. Or j'ai déjà fait observer que la muqueuse vésicale, étalée devant mes yeux par une large cystotomie et examinée avec la plus rigoureuse attention, ne présentait aucune altération de structure pouvant expliquer une perte de sang aussi abondante. L'hémorragie ne pouvait donc provenir que de l'un des reins, et le rein malade était le rein droit, puisque l'urine jaillissait, claire et limpide, de l'orifice d'abouchement de l'uretère gauche dans la vessie, tandis que l'orifice urétéral droit ne donnait issue qu'à un peu de sang et que ses bords étaient rouges, injectés et tuméfiés.

Or, quelles sont les affections du rein qui peuvent donner lieu à d'aussi graves hémorragies ?

L'hypothèse d'une dégénérescence maligne était exclue par l'absence de tumeur rénale appréciable au palper, par la longue durée de la maladie sans altération de l'état général et par l'âge du patient (il était trop jeune pour avoir un cancer et trop âgé pour présenter un sarcome).

Restaient les calculs du rein et la tuberculose rénale.

L'absence, dans le passé urinaire du malade, de tout symptôme caractéristique de la lithiase (tel que décharge de sable ou de petits calculs au moment de la miction, colique néphrétique, douleur fixe à la région du rein), permettait déjà de considérer l'hypothèse d'un calcul rénal comme assez improbable. Quant aux hématuries, elles n'avaient pas non plus présenté les caractères propres à la lithiase. En effet, chez les calculeux, l'hématurie a pour principal caractère d'être provoquée par le mouvement et calmée par le repos ; elle est d'habitude peu considérable et de courte durée, souvent elle n'est représentée que par de petits caillots ou par une teinte brunâtre de l'urine. Chez mon malade, au contraire, les hématuries avaient été presque toujours spontanées dans leur apparition ; elles ne s'étaient pas calmées par le repos, et, à diverses reprises, elles avaient été abondantes presque au point de mettre les jours du patient en danger.

En outre, il est de fait que l'hématurie est plus fréquente et plus abondante dans les tuberculoses rénales d'origine circulatoire que dans les formes ascendantes. Or, chez mon malade, la parfaite intégrité des parois de la vessie prouvait à toute évidence que la lésion rénale n'était pas due à une infection ascendante.

Mais j'ai fait erreur lorsque j'ai cru, sur la foi des traités de pathologie, que les lésions tuberculeuses du rein malade étaient peu avancées. Comme on va le voir, le rein était dilaté et présentait des cavernes multiples.

2. *Néphrectomie lombaire.* — Le lendemain de ma première intervention, je constatai que les urines, écoulées par la sonde à demeure, étaient abondantes et à peine colorées par une faible quantité de sang. Je procédai d'emblée à la néphrectomie. Le malade, endormi au chloroforme, fut couché sur le côté gauche, la jambe gauche étendue et la jambe droite fléchie. Un coussin dur fut glissé entre la table et le flanc du malade, de manière à augmenter l'intervalle costo-iliaque. Incision recto-curviligne de Guyon. Le rein, largement mis à nu, fut saisi et luxé hors de la plaie. J'éprouvai quelque difficulté à pincer et à lier le pédicule, qui était très court et abondamment chargé de graisse. J'y parvins néanmoins en faisant énergiquement rétracter les bords de la plaie. Celle-ci fut ensuite suturée, sauf au niveau de son angle supérieur et postérieur, où j'introduisis un drain de gaze iodoformée.

Le rein triplé de volume, était transformé en de multiples cavernes, contenant, les unes du pus très fluide, d'autres un liquide analogue à du lait caillebotté, d'autres encore de volumineux grumeaux caséeux. A la partie inférieure du rein, toute la substance corticale était détruite, et la coque du rein était réduite à une paroi très mince ; à la partie supérieure de la glande, la couche corticale avait encore de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, mais elle était criblée de granulations miliaires et creusée, à la coupe, d'un grand nombre de petits abcès.

Les suites de cette double intervention furent satisfaisantes. Non pas que la convalescence fut totalement apyrétique ; bien au contraire, il y eut, du septième au quinzième jour, des poussées fébriles vespérales assez vives, précédant la formation d'un abcès à staphy-

locoques au fond de la plaie lombaire. Mais ces élévations thermiques n'exercèrent aucune influence appréciable sur l'état général : le moral resta excellent, l'intelligence libre, l'appétit franc, le sommeil bon, les douleurs nulles, et le pouls ne dépassa pas 100 pulsations à la minute. A partir du dix-septième jour, la suppuration de la plaie lombaire diminua rapidement, et, après trois semaines, il ne restait plus, au niveau de l'angle supéro-externe de la plaie, qu'une petite fistule de 2 centimètres de profondeur.

Voici, du 19 octobre au 8 novembre, le relevé exact des élévations thermiques du matin et du soir :

	Température du matin.	Température du soir.
19 octobre	38°,0	38°,1
20 —	36°,4	36°,4
21 —	37°,5	38°,4
22 —	37°,9	38°,1
23 —	37°,5	38°,0
24 —	37°,6	39°,1
25 —	38°,0	38°,9
26 —	37°,4	37°,8
27 —	37°,4	38°,7
28 —	37°,5	38°,4
29 —	37°,6	38°,0
30 —	37°,5	39°,6
31 —	38°,1	39°,3
1er novembre	38°,0	39°,4
2 —	37°,5	40°,2
3 —	37°,4	38°,7
4 —	37°,4	37°,4
5 —	36°,9	37°,6
6 —	37°,0	37°,4
7 —	36°,8	37°,0

La plaie vésicale guérit par première intention.

(Page 300*bis*)



Dr H. Verneuil (Bruxelles). — **Traumatisme crânien considérable. Fracture comminutive et compliquée d'une partie étendue de l'occipital, avec chevauchement, et fracture par irradiation de la base du crâne. Guérison.**

Le 28 mai 1900, à 5 heures du soir, on transporte à l'hôpital Saint-Josse le nommé Everaerts, charretier. Des gens, témoins de l'accident dont il vient d'être victime, rapportent que l'homme, conduisant une roulotte de saltimbanques, eut la tête écrasée entre l'une des parois de cette lourde voiture et le timon d'un autre véhicule qui, par suite d'une fausse manœuvre, vint se jeter contre le premier. Il tomba comme une masse. L'hôpital s'élevant à deux cents mètres de là, quelques personnes prirent sans plus de façon le blessé par les épaules et par les jambes et l'y transportèrent de la sorte.

Voici ce que l'interne de garde constate :

Le blessé est couvert de sang provenant de plaies qu'il porte au sommet de la tête et au côté gauche de la face; il s'écoule aussi du sang par l'oreille du même côté et par les deux narines. L'homme est dans le coma. Le pouls est misérable, excessivement fréquent.

L'examen du conduit auditif démontre que l'hémorragie provient, en partie du moins, de la paroi même de ce conduit; aucun écoulement de liquide encéphalo-rachidien. Il serait difficile de se prononcer tout de suite sur l'origine du sang qui suinte abondamment des narines, car une plaie existe à la racine du nez.

Étant donné l'état général très alarmant du blessé, la nécessité où l'on se trouverait d'avoir recours à l'anesthésie pour faire de nombreuses sutures, on se contente de laver les plaies rapidement avec une solution antiseptique et d'appliquer un pansement compressif. Les narines sont lavées avec soin, le conduit auditif désinfecté est bourré de gaze.

Peu de temps après que le malade a été mis au lit, son état s'améliore légèrement : il commence à réagir, se plaint et réclame à boire. La nuit est assez calme. La température du matin est de 36°,8.

Voici la situation dans laquelle je le trouve au moment de ma visite :

Il est couché sur le côté droit dans la position dite « en chien de fusil » et refuse obstinément de se mettre dans une autre. Si on

l'étend sur le dos ou qu'on le place sur le côté gauche, il reprend immédiatement sa position première par un mouvement tout à fait automatique. Si l'on appuie, même fort, sur son pansement au niveau des plaies que ce pansement recouvre, on ne provoque, semble-t-il, aucune douleur. Le blessé répond avec un ennui visible aux questions qu'on lui adresse, mais il répond bien, facilement, sans effort; son intelligence est absolument nette. Les mouvements des yeux sont normaux; les pupilles, un peu dilatées, réagissent bien à la lumière. Le pouls est misérable, battant 132 fois à la minute, très dépressible. Tous les réflexes se font bien : aucune contracture, aucune trace de paralysie. Les deux paupières du côté gauche sont le siège d'un très léger épanchement sanguin, et une ecchymose commence à se montrer sous toute la conjonctive oculaire de ce côté. A l'œil droit, les paupières sont normales; une petite ecchymose sous-conjonctivale oculaire se dessine vers le grand angle de l'œil. Il s'écoule toujours beaucoup de sang de la narine gauche, plus rien à droite. Je puis constater à ce moment que la plaie qui siège à la racine du nez est peu profonde et ne peut être la cause de l'hémorragie nasale. Cette plaie est oblique, d'un centimètre et demi de hauteur environ. Les os sous-jacents occupent leur place normale et ne sont pas atteints. La lèvre supérieure, à gauche du nez, est fendue sur une hauteur de 2 centimètres et dans toute son épaisseur. (On a la veille, à cet endroit, appliqué deux points de suture.) Au niveau de l'os malaire, toujours à gauche, se voit une autre plaie, très petite, mais profonde. On la disait produite par un instrument piquant. Le pansement mis la veille est tout à fait souillé par le sang qui l'imbibe complètement. Je le fais enlever. Du côté gauche de la face existe une plaie commençant au niveau de la partie médiane de l'arcade zygomatique; elle remonte dans une direction d'abord verticale, sur une hauteur de 5 centimètres, puis légèrement oblique en avant sur une étendue de 7 à 8 centimètres, et se termine vers la région médiane du pariétal. Une seconde plaie, perpendiculaire à celle-là, située au niveau du tiers inférieur à peu près de la première et s'en détachant, se dirige en arrière vers l'insertion supérieure du pavillon de l'oreille; elle s'arrête à la distance de 1 centimètre à peu près de cet organe. Les cinq lèvres de la plaie ainsi formée sont assez fortement écartées et donnent à celle-ci une forme étoilée. Dans l'angle inférieur de cette étoile, le tissu cellulaire tapisse le fond de la solution de continuité. Dans l'angle postérieur, on constate la présence d'une masse molle, élastique, assez volu-

mineuse, formée par le muscle temporal qui a été arraché en partie de ses insertions supérieures. Enfin le fond de l'angle restant est constitué par la partie écailleuse du temporal qui n'est plus guère recouverte que de son périoste. Cette plaie ne laisse plus suinter que très peu de sang. Il existe encore une plaie contuse superficielle commençant aux deux tiers internes de la paupière supérieure gauche, allant, dans une direction oblique en dedans, aboutir à peu près à la ligne médiane ; elle a une longueur de 5 à 6 centimètres.

Après avoir débarrassé le conduit auditif de son pansement, je découvre une déchirure de tout le conduit membraneux, déchirure située à l'union des parois supérieure et antérieure. Au moyen d'un stylet, on reconnaît sans difficulté que la paroi osseuse est fracturée, le fragment inférieur se trouvant sur un plan un peu postérieur par rapport à l'autre et déterminant ainsi une fissure dont les bords ont un écartement de 1 millimètre environ. Cette fissure semble se prolonger vers le haut; du sang en suinte, que le tamponnement arrête sans difficulté.

L'ouïe est diminuée, mais pas abolie.

Une vaste plaie existe encore à la région occipitale droite, empiétant un peu sur la région pariétale. Seulement, comme cet examen, qui n'a pu se faire d'ailleurs sans provoquer encore un peu d'hémorragie, a beaucoup fatigué le malade dont la faiblesse est extrême, comme je ne constate aucun symptôme pouvant faire croire à une lésion des centres nerveux, je renonce pour le moment à toute exploration de la plaie crânienne et je fais renouveler le pansement, me réservant d'intervenir dans un jour ou deux, si les circonstances le permettent.

De l'ensemble des différents symptômes énumérés plus haut, on peut nettement conclure à une fracture de la base du crâne, fracture intéressant l'étage supérieur et probablement l'étage moyen.

On veille à ce que le malade puisse garder le calme le plus absolu, et on lui administre toutes les quatre heures une injection de 25 centigrammes de caféine; on pratique, en outre, une injection de 1,000 grammes de sérum artificiel. Comme boisson, du champagne frappé (1).

---

(1) Je profite de cette circonstance pour affirmer très haut ma confiance dans l'alcool en cas de collapsus. Toujours il m'a rendu d'excellents services. Je me garderais bien de faire fi des expériences de laboratoire; mais je m'incline

Le lendemain, la situation s'est beaucoup améliorée. La tonicité du pouls est à peu près normale; il bat vingt-neuf fois au quart. La température est de 37°. Les urines sont abondantes. L'intelligence est nette; le malade répond aux questions qui lui sont posées sans difficulté aucune et sans impatience. Il n'accuse pas de douleurs. Rien de nouveau du côté de la vision, ni vertiges ni bourdonnements d'oreilles. Presque plus d'écoulement de sang par la narine gauche. Seulement les paupières des deux côtés sont ecchymosées, et l'ecchymose sous-conjonctivale gauche est totale et bien marquée.

Même traitement que la veille, sauf que l'injection de sérum est réduite à 500 grammes et qu'il n'est plus fait que deux injections de caféine.

En présence de cette amélioration très sensible de l'état général, je décide de mettre le malade sous le chloroforme le lendemain.

Aucun changement n'est survenu depuis la veille. Il faut noter toutefois que les phénomènes observés du côté des yeux se sont beaucoup accentués. Des deux côtés, les paupières sont fortement gonflées par l'épanchement sanguin; l'ecchymose sous-conjonctivale oculaire est très nette au grand angle de l'œil droit. A gauche, ce n'est qu'avec difficulté que l'on parvient à écarter les paupières; l'ecchymose sous-conjonctivale oculaire est totale et le globe est en protrusion légère.

L'anesthésie étant obtenue, je commence à réparer autant que possible les lésions existant à la face et dont j'ai donné plus haut la description. Les bords des plaies sont avivés, régularisés; des drains et des sutures placés comme il convient. Puis le malade est soigneusement rasé et j'examine la plaie qui se trouve à la région occipitale. Cette plaie est en forme de V déterminant la formation d'un lambeau qui s'est rétracté des deux côtés d'un bon centimètre. La base du V est oblique de bas en haut et de dedans en dehors, croisant la suture lambdoïde au niveau de laquelle elle est située, à peu près à la hauteur du lambda; le lambeau mesure environ

---

d'abord devant les faits cliniques qui constituent pour le praticien un guide sûr, et j'ai été quelque peu surpris de voir, dans une réunion scientifique récente, des chirurgiens laisser dire sans protester que l'alcool était dans tous les cas un médicament inutile. Pour peu que l'on multiplie de semblables déclarations, il est fort à craindre que la lutte si légitime et si méritoire contre le terrible fléau de l'alcoolisme ne soit désertée par beaucoup d'excellents esprits. Les exagérations rendent grotesques les meilleures causes.

4 centimètres de hauteur de la base au sommet, sa direction étant oblique en bas et en dehors. Il est mobile, et je constate avec une certaine surprise en le relevant qu'il n'y a plus trace à cet endroit de tissu osseux. Il est appliqué directement sur la dure-mère. La perte de substance, très irrégulière, qui s'est faite en majeure partie aux dépens du côté droit de l'occipital, mesure en surface au moins 5 centimètres carrés. Pas de trace d'ailleurs de débris osseux.

Le lambeau est curetté et soigneusement nettoyé avec une solution de formaline à 5 °/₀₀; la dure-mère est longuement irriguée avec un jet très chaud de cette même solution, puis la région est explorée.

Sur la dure-mère, au niveau de la deuxième circonvolution occipitale, se trouve une tumeur du volume d'une grosse noisette. Cette tumeur est constituée par de la matière cérébrale qui fait hernie à travers une plaie de l'enveloppe mesurant 2 $^1/_2$ centimètres de largeur. En sondant prudemment cette plaie, je sens un corps étranger que j'amène facilement au moyen d'une pince. C'est un fragment osseux, de forme quadrangulaire irrégulière, mesurant à peu près 2 centimètres de largeur à sa base, autant de hauteur, et 1 centimètre au sommet. Le champignon cérébral est réséqué; deux points de suture au catgut sont placés sur la plaie dure-mérienne.

Sous le bord supérieur et externe de la brèche, je découvre alors un second fragment osseux qui s'est insinué entre la paroi inférieure du crâne et la dure-mère; je l'extrais non sans déterminer une abondante hémorragie. Introduisant alors le doigt dans l'espace que ce fragment occupait, je sens manifestement à droite et à gauche d'autres fragments osseux ; mais, avant de procéder à leur recherche, comme les bords de la brèche sont anfractueux et que des esquilles s'en détachent, je prolonge par des incisions vers le haut les plaies qui limitent le lambeau dont la base s'élargit, et j'en pratique une autre tangente au sommet de ce même lambeau. Le périoste est détaché. Ayant ainsi les os du crâne complètement à nu, je constate que du bord supérieur de la brèche se détache une large fissure qu'il m'est impossible de poursuivre, bien que je continue à dénuder le crâne dans ce but, sur un espace de 3 centimètres environ. Cette fissure, dont l'écartement est de 1 millimètre au moins, se complique du fait que les portions osseuses qu'elle sépare ne sont plus sur le même plan, la portion située à droite se trouvant sur un plan supérieur à celui de la portion

gauche. La direction de cette fissure est oblique en avant et à gauche, de telle façon qu'il est vraisemblable de supposer qu'elle se continue avec celle dont nous avons constaté l'existence dans le conduit auditif.

Au moyen d'une pince, j'enlève tout le long des bords de la brèche de nombreuseses quilles de différentes grandeurs, prêtes à se détacher, puis j'attaque les bords déchiquetés à la pince-gouge. Lorsque ces bords sont bien régularisés, la perte de substance osseuse affecte approximativement la forme d'un triangle sphérique, mesurant 6 $^1/_2$ centimètres à sa base et 5 centimètres de haut.

Je procède alors à la recherche des fragments d'os dont j'ai reconnu la présence tout à l'heure. Vers l'angle supérieur de la brèche, à 4 centimètres de profondeur, entre la dure-mère et le crâne, le doigt sent un corps étranger que j'ai quelque peine à saisir. C'est un fragment osseux de forme rectangulaire, étroit, mais mesurant au moins $3^{cm},5$ de longueur, et terminé par une pointe très acérée. Si l'on tient compte de cette longueur et de la profondeur à laquelle se trouvait ce débris osseux, il faut en conclure qu'il s'enfonçait de $7^{cm},5$ sous le pariétal. Cette manœuvre d'extraction ne s'exécute point sans donner lieu à une formidable hémorragie, qui me fait craindre un moment de devoir en rester là provisoirement de mes recherches. Un tampon de gaze, bien serrée entre le crâne et la dure-mère, vint à bout toutefois de cet accident, et assez vite. Je continue à chercher sous la paroi crânienne en faisant méthodiquement le tour de la brèche, et je retire encore à des profondeurs variables des fragments osseux de différentes grandeurs. Un long fragment est encore trouvé très loin, dans le bas, sous l'occipital. Mais l'état du blessé devient inquiétant; je nettoie autant que possible le champ opératoire avec un jet de formaline très chaud à 5 °/₀₀; je place un drain à chaque angle de la brèche, aussi profondément que possible, et j'introduis entre eux, sous la paroi osseuse, des lanières de gaze stérilisée de façon à parer à l'hémorragie qui est toujours très abondante. Je rabats le lambeau par dessus tout et un pansement aseptique bien serré est appliqué.

L'anesthésie, la perte de sang, les manœuvres opératoires ont influencé peu favorablement, cela se conçoit, l'état du blessé, dont le pouls est imperceptible, la pâleur extrême et la respiration très superficielle. Aussitôt au lit, où l'on a eu soin de placer plusieurs bouillottes, il est entouré de couvertures de laine, et l'on pratique immédiatement une injection de 1,000 grammes de sérum. Injections de caféine dans la journée. Champagne frappé.

Dès le soir, le pouls s'est bien relevé. Température, 39°. Nouvelle injection de sérum de 500 grammes. La nuit est bonne. Le lendemain, l'état du blessé est des plus satisfaisants. Température, 38°. Deux jours après, le malade est remis sous le chloroforme. Les plaies de la face sont en bon état, bien que suppurant en certains points, ce qui s'explique aisément. Le pansement du conduit auditif est renouvelé. Du côté du crâne, je constate :

1° Que le tamponnement a suffi à arrêter tout à fait l'hémorragie;

2° Que les drains placés dans les angles inférieurs ne donnent qu'un peu de sang; que celui qui se trouve à l'angle supérieur laisse sourdre un peu de pus;

3° Qu'un bourgeonnement se dessine à la surface de la dure-mère.

J'enlève le drain supérieur et les mèches de gaze voisines. Il s'écoule assez bien de pus et l'hémorragie renaît, mais modérée.

Après un nettoyage minutieux avec des tampons imbibés d'une solution de formol, j'explore cette région et j'extrais un lambeau de cuir chevelu de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Le drain est replacé, entouré de mèches de gaze. La même opération est faite à la partie inférieure, où j'extrais encore quelques esquilles. Le tamponnement à la gaze est refait, mais bien moins serré.

Ce pansement est laissé deux jours en place. Quand on l'enlève, il y a un peu, mais très peu, de suppuration, et toute la plaie commence à bourgeonner vigoureusement. Je réduis le tamponnement à de très simples mèches qui sont placées entre les drains, et, dès lors, le pansement est fait tous les deux jours.

Les mèches sont enlevées le dix-huitième jour après la première intervention.

Le blessé est alors anesthésié de nouveau ; la surface bourgeonnante est curettée légèrement et un tampon imprégné de formol à 20 °/₀₀ est maintenu sur la plaie pendant dix minutes. Les bords de cette plaie sont avivés ainsi que les bords du lambeau, puis je suture, en ayant soin de laisser aux trois angles un drain qui s'insinue entre le crâne et la dure-mère. Dès lors tout se passe normalement et sans incident qui mérite d'être signalé Mais ce n'est que quatre mois et demi après cette dernière opération que la plaie fut cicatrisée complètement. A maintes reprises, je fus obligé de pratiquer de petits débridements pour enlever des esquilles. La dernière qui fut extraite était très large. Les trajets des drains restèrent longtemps ouverts.

Aujourd'hui, le malade est rétabli complètement; la déformation du crâne est très apparente, non seulement par suite de la perte de substance, mais encore à cause du chevauchement dont j'ai parlé plus haut. Le conduit auditif s'est oblitéré pendant le travail de cicatrisation.

L'ouïe, de ce côté, est réduite, mais pas abolie.

L'état général est excellent.

En somme, si nous récapitulons les lésions et les symptômes observés, nous pouvons conclure, d'une façon à peu près certaine, qu'il y a eu dans ce cas *fracture comminutive d'une partie étendue de la voûte du crâne avec chevauchement, et fracture par irradiation de la base du crâne.*

Les points importants à signaler sont :

1° La situation des fragments osseux qui se trouvaient tous — sauf un — enfoncés profondément entre la paroi inférieure du crâne et la dure-mère;

2° La direction oblique de la fissure et sa propagation à l'étage antérieur et probablement moyen de la base, chose assez rare quand la fracture siège à la région occipitale;

3° La guérison complète — sauf des accidents qui pourraient se déclarer plus tard et qu'il est impossible de prévoir — après un traumatisme aussi considérable et aussi étendu que celui-là.

Les deux premiers faits trouvent d'ailleurs une explication logique dans une forme de traumatisme exceptionnelle. Il s'agit en effet d'un véritable écrasement de la tête, l'effort s'exerçant d'une part à la région occipitale droite, d'autre part à la région temporale gauche.

Mais on pourrait supposer aussi que la fissure partant de l'occipital ne se continue pas avec celle du conduit auditif, bien que le chevauchement, si appréciable des deux côtés, ne concorde guère avec cette hypothèse. Il y aurait eu alors une fracture du temporal distincte de celle de l'occipital. Cela paraît moins probable.

Voici une conséquence du traumatisme que je tiens à décrire tout particulièrement :

Dès que le patient fut hors de danger et en état de se lever, je priai mon collègue, le Dr Lor, de bien vouloir l'examiner au point de vue de la vision, ayant déjà pu constater moi-même à l'ophtalmoscope, dix jours après l'accident, que les papilles étaient intactes. Voici le résultat de cet examen :

Le sujet présentait une dilatation et une hypoesthésie lumi-

neuse très marquées des deux pupilles, qui étaient affectées à un même degré; de plus, il y avait impossibilité pour le malade de voir nettement de près, alors que l'acuité visuelle était de 1 aux deux yeux. En dehors de cette *ophtalmoplégie interne double* ou parésie des sphincters iriens et des muscles de l'accommodation, l'appareil visuel semblait normal, avec intégrité de la motilité et de la sensibilité des globes oculaires.

Dès le moment où s'amenda cette ophtalmoplégie interne bilatérale, dont il ne reste plus actuellement que de l'asthénopie accommodative, le malade se plaignit d'une tache obscure occupant le champ visuel de l'œil gauche en dehors du point de fixation et lui causant une certaine gêne dans la lecture. L'examen du champ visuel, répété plusieurs fois depuis, montre qu'il est normal pour l'œil droit, et que pour l'œil gauche il existe un *scotome paracentral absolu* qui s'étend de la tache aveugle au point de fixation en respectant celui-ci, et qui mesure 15° dans le diamètre horizontal comme dans le diamètre vertical, ce dernier n'ayant environ que le tiers de sa longueur au-dessus du plan de visée.

Je passe sur les premiers symptômes observés et notés plus haut, qui résultaient vraisemblablement de troubles périphériques passagers, consécutifs aux fractures de la base, symptômes qui ont à peu près disparu d'ailleurs aujourd'hui; mais le scotome paracentral reste et il s'agit d'en rechercher la pathogénie.

Or, ici, il serait bien malaisé d'invoquer des lésions périphériques; il faut supposer une lésion centrale. Cette lésion existe-t-elle? Certainement, et nous avons vu qu'un fragment osseux avait pénétré dans la substance cérébrale à 2 centimètres de profondeur environ, au niveau de la deuxième circonvolution occipitale.

Eh bien, Munck place justement en cet endroit le centre de la vision réelle. Il prétend même qu'il existe à ce niveau une petite zone bien circonscrite de 1 $^1/_2$ centimètre de diamètre, représentant la projection de la macula de l'œil opposé.

Bernheimer, au récent Congrès international de médecine, a combattu cette opinion. Il n'admet pas la représentation corticale de la macula comme partie séparée du reste du centre visuel. Pour lui, il n'y a pas de localisation de la macula. Il se base sur le fait clinique que dans aucun cas connu la vision maculaire n'a été signalée comme perdue, les parties périphériques de la rétine conservant par contre leurs fonctions normales. Et Bernheimer dit encore que puisqu'il faut repousser toute représentation en îlot

de la macula dans le corps genouillé (?), il est également invraisemblable *a priori* que la macula soit représentée par un îlot dans l'écorce cérébrale. La localisation du centre visuel à la région occipitale externe est une opinion combattue d'ailleurs par un certain nombre de neurologistes qui placent ce centre à la face interne, aux environs de la scissure calcarine.

Il est donc fort intéressant de constater :

1° Que les lésions observées chez notre patient concordent parfaitement avec l'opinion défendue par Munck;

2° Qu'il y a au moins un fait clinique dans lequel on a pu constater une lésion définitive, sinon de la vision maculaire, au moins du faisceau papillo-maculaire, les parties périphériques de la rétine conservant leurs fonctions normales.

Dr A. Depage (Bruxelles). — **De l'effondrement de la paroi thoracique en cas de pleurésie purulente chronique généralisée.**

Nous sommes tous d'accord sur ce fait que les méthodes d'Estländer et de Schede ont réalisé dans la chirurgie pleuro-pulmonaire un grand progrès; mais nous devons reconnaître que ces opérations ne donnent pas toujours des résultats brillants et que souvent elles laissent persister la suppuration. La cause de ces insuccès réside, la plupart du temps, dans une intervention insuffisante, la condition essentielle de la guérison étant la soudure complète des parois de la cavité pleurale.

Dans cette notice, je désire attirer l'attention uniquement sur la résection de la paroi thoracique comme traitement des pleurésies purulentes chroniques à cavité large et profonde, dans lesquelles le poumon, rétracté sur son hile, se trouve encastré dans une gangue fibreuse inextensible.

Nous avons eu l'occasion de nous éclairer à cet égard par une autopsie que nous avons pratiquée dans le courant de cette année à l'hôpital Saint-Jean.

Il s'agissait d'un homme de 48 ans, atteint de pleurésie purulente chronique, consécutive à une plaie par arme à feu, et chez lequel, en deux séances, nous avons enlevé la plus grande partie de la cage thoracique, de la dixième jusqu'à la quatrième côte incluse, y compris une partie de l'omoplate.

Le patient, opéré la première fois le 17 janvier et la seconde fois le 26 du même mois, mourut dans le marasme le 12 mai 1900. A l'autopsie, on constata l'existence d'une vaste poche purulente du volume du poing, située au sommet du poumon, derrière la clavicule. Cette poche était complètement indépendante et séparée du foyer opératoire par une bride fibreuse épaisse, qui nous avait induit en erreur et nous avait fait supposer une adhérence de toute la partie supérieure du poumon.

Cette autopsie démontra donc que nos deux interventions n'avaient pas été suffisamment radicales, et elle nous permit de constater que dans les pleurésies purulentes chroniques avec poumon complètement atélectasié, il faut, pour obtenir la guérison par la résection costale, produire non seulement l'affaissement de la partie inférieure, mais aussi du sommet de la cage thoracique. Dans cette variété de pleurésie, la cavité purulente s'étend, en effet, jusqu'au-dessus de la clavicule, formant à ce niveau un véritable dôme qui doit disparaître si l'on veut anéantir d'une façon définitive la suppuration.

Les procédés d'Estländer et de Schede nous permettent-ils d'atteindre ce but?

Le procédé d'Estländer, appliqué comme il l'a été jusqu'ici, c'est-à-dire limité à la résection d'un certain nombre de côtes de la paroi postéro-latérale du thorax, ne remplit évidemment pas les conditions voulues.

La méthode de Schede a, depuis son origine, subi des modifications multiples; elle a donné des guérisons là où la méthode d'Estländer n'avait produit aucune amélioration, mais il n'est pas douteux que, dans la plupart des cas, les succès qui lui sont attribués dépendent plus de l'étendue de la résection en surface que de la méthode elle-même. Si la cavité purulente s'étend jusqu'au sommet de la plèvre, il est indispensable, pour provoquer la soudure de ses parois, de réséquer la clavicule et la première côte, et ce n'est qu'à cette condition que la méthode de Schede sera efficace.

En nous exprimant ainsi, nous allons peut-être un peu loin; en effet, certains auteurs ont essayé, après résection de la partie inféro-latérale du thorax, de refouler le lambeau cutané derrière les côtes supérieures jusqu'au sommet de la cavité thoracique, de façon à encapuchonner en quelque sorte la voûte pleurale. Ils ont cherché à obtenir la disparition de la cavité purulente par refoulement du lambeau cutané et, ultérieurement, la cicatrisation par greffe de la portion de la plaie non recouverte de peau. Cette

technique a réussi dans certains cas, mais nous estimons qu'elle est difficile à appliquer, chanceuse au point de vue des résultats, et qu'elle exige un traitement très long.

Quoi qu'il en soit, les procédés ayant pour base la méthode de Schede se caractérisent par la confection d'un lambeau musculo-cutané plus ou moins étendu, comprenant au besoin l'omoplate, et par la résection en masse, partielle ou totale, de la cage thoracique. Ces procédés, lorsqu'ils réclament une résection relativement importante de la paroi costale, présentent, nous semble-t-il, plusieurs inconvénients : le lambeau nous paraît bien peu résistant pour protéger les organes thoraciques, sa nutrition peut être insuffisante et le fonctionnement des muscles actionnant le bras peut être compromis.

Nous nous sommes demandé si, appliquant aux pleurésies purulentes chroniques généralisées le principe de la méthode d'Estländer, on n'obtiendrait pas des résultats plus favorables. Nous eûmes bientôt l'occasion de mettre cette idée en pratique.

Voici en résumé l'observation de notre malade :

L..., Joseph, 22 ans, cordonnier, entre à l'hôpital le 25 mai 1900.

Hérédité. — Un frère atteint d'hémoptysie.

Maladies antécédentes. — Deux atteintes de croup dans l'enfance; fièvre typhoïde à 17 et 19 ans.

Histoire clinique. — Le malade fut pris de crachements de sang au mois d'avril 1899; il entra dans le service du Dr Houzé où, après cinq à six jours, les hémoptysies cessèrent; il sortit de l'hôpital au bout d'un mois et demi, pour y rentrer au mois de juin 1899, dans le service du Dr Stiénon, où il fit un premier séjour de cinq à six semaines. Il alla ensuite se faire traiter à l'hôpital de Saint-Trond et y subit la thoracentèse, qui amena 2 litres de pus jaunâtre, inodore. Il rentra dans le service de M. Stiénon le 3 avril 1900. A ce moment, la toux était fréquente, accompagnée d'expectoration muco-purulente abondante; il y avait de l'oppression et des sueurs nocturnes. Une nouvelle thoracentèse fut pratiquée le 15 mai et donna 2 litres de pus jaune, crémeux; mais bientôt l'épanchement se reproduisit, et c'est alors que le patient fut envoyé dans notre service. Les examens bactériologiques ne décelèrent jamais la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

État actuel. — Le malade est fortement affaibli, maigre, et son état général dénote une infection profonde de l'organisme. La toux est fréquente; l'expectoration est muco-purulente et roussâtre.

A l'examen de la poitrine, on constate un affaissement des fosses sus- et sous claviculaires des deux côtés, une immobilité presque complète de la partie supérieure du côté gauche de la poitrine et un soulèvement léger de la partie inférieure. Le cœur bat du côté droit au-dessus et en dedans du mamelon.

A la percussion en avant : son tympanique aux deux sommets, plus tympanique à gauche qu'à droite; à gauche, la tympanicité se continue par une matité abso-

lue jusqu'à la base du poumon en avant et en arrière, tandis qu'à droite nous trouvons en avant dans la zone sonore du poumon une matité remontant jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, se continuant en bas avec la matité du foie et s'arrêtant en dehors à un travers de doigt au delà de la ligne mamillaire. Cette zone mate répond au cœur, lequel est refoulé à droite. L'espace de Traube est mat.

Du côté gauche, les vibrations ont totalement disparu dans la zone mate du poumon et sont à peine perceptibles au sommet. Du côté droit, les vibrations sont augmentées, surtout au sommet.

A l'auscultation du sommet droit, respiration rude et quelques râles disséminés. A gauche, suppression de la respiration dans tout le reste du poumon.

A l'auscultation du cœur, le choc a son maximum d'intensité sous le mamelon; les bruits sont normaux, à part une prolongation du bruit systolique correspondant à un souffle anémique dans la carotide.

Pouls: 28 au quart. Température: 37° le matin, oscillant entre 38°,2 et 39°,2 le soir.

Examen des différents organes : Appétit modéré, langue saburrale, garde-robes régulières.

Le foie descend un peu plus bas que normalement; les mictions sont normales et l'analyse des urines ne dénote rien de spécial.

Première intervention : 28 mai 1900. Anesthésie au chloroforme, soins aseptiques usuels; le malade étant couché sur le côté droit, on pratique une incision partant de la quatrième côte en arrière de l'omoplate, descendant jusqu'à la huitième côte et devenant ensuite parallèle à celle-ci dans toute son étendue; la huitième côte est réséquée d'un bout à l'autre et la plèvre largement ouverte, sur toute la longueur de la plaie, transversalement d'abord, puis verticalement jusqu'à la hauteur de la quatrième côte. Il s'en échappe une énorme quantité de pus roussâtre. Le large volet thoracique ainsi formé est rabattu en avant. La plèvre apparaît recouverte d'un enduit fibrineux blanchâtre; le poumon est rétracté en dedans, en avant et en haut; il est englobé dans une gangue fibreuse inextensible. Toute la surface pleurale est frottée au moyen de compresses, de façon à enlever l'enduit fibrineux Celui-ci se détache assez facilement de la paroi qui prend alors une coloration rouge et laisse suinter du sang sur toute son étendue. La gangue pulmonaire est ensuite incisée et, au moyen du doigt, on la détache sur une grande partie du poumon. L'opération est suspendue à ce moment à cause de la faiblesse du patient; on bourre la cavité pleurale de gaze aseptique, on suture rapidement la plaie verticale et on laisse la plaie inférieure largement ouverte.

A la suite de cette première intervention, il y eut une amélioration notable dans l'état général du malade; la température descendit à la normale; la respiration devint plus profonde et, dès le lendemain, l'expectoration fut pour ainsi dire insignifiante. Toutefois, le poumon resta inerte au fond de la cavité pleurale, le cœur continua de battre à droite, et, après un mois de traitement, il n'y eut aucun espoir de voir la cavité pleurale se combler, malgré la compression exercée sur la paroi thoracique.

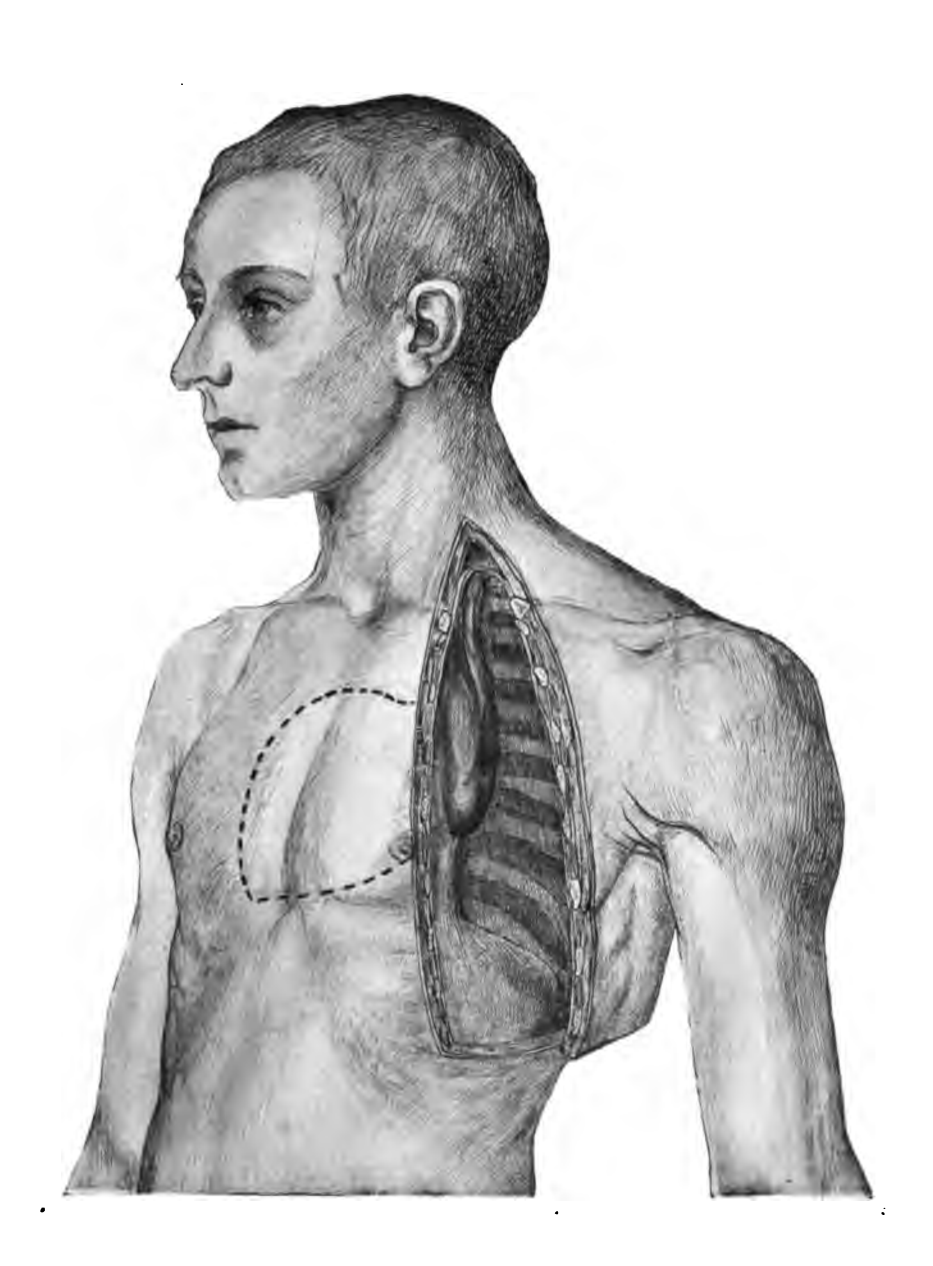
Deuxième intervention : 23 juin. Après narcose au chloroforme et soins aseptiques usuels, on fit une incision courbe à convexité interne, partant de

l'extrémité antérieure de la plaie préexistante et remontant jusqu'à la partie supérieure du thorax. Toutes les côtes comprises dans cette incision furent sectionnées à leur extrémité antérieure; la clavicule fut mise à nu et réséquée sur 5 centimètres environ. La première côte fut extraite.

Le vaste volet ainsi formé, comprenant toute la paroi thoracique d'un côté, fut alors rabattu en arrière, de façon à ouvrir largement la cavité pleurale; les différentes côtes contenues dans ce volet furent enlevées une à une de leur périoste avec la plus grande facilité par la surface interne de la paroi thoracique. Le volet, remis ensuite en place, s'affaissa sur le poumon et effaça entièrement la cavité pleurale. On plaça rapidement les sutures et l'on fit un pansement compressif. Malheureusement le malade, très affaibli, ne survécut pas à l'opération.

Comme il a été dit dans l'observation, nous sommes intervenu, chez notre malade, en deux séances La première, opération d'urgence, eut pour but l'élimination du pus et le nettoyage de la surface pleurale; l'autre était dirigée contre la pleurésie elle-même. Dans cette seconde séance, nous avons essayé de faire l'ablation des côtes d'une façon complète, non pas de dehors en dedans comme l'indique Estländer, mais de dedans en dehors, et de produire l'effondrement total de la paroi thoracique. Malgré notre insuccès, nous considérons ce procédé comme supérieur à celui de Schede; en effet, nous laissons toute la masse musculaire intacte, nous conservons le périoste qui permettra la reconstitution d'une cage thoracique nouvelle, de nature à mieux protéger les organes contenus dans le thorax.

Nous avons la conviction que, si nous n'avons pas réussi, il faut en attribuer la cause à la grande faiblesse du patient et aussi au peu d'expérience que nous avons de la technique opératoire. La résection de la première côte a été particulièrement difficile et a pris, à elle seule, plus de vingt minutes, tandis que toute l'opération ne dura qu'une heure. Sans doute une expérience plus grande nous permettrait de réduire considérablement la durée de l'opération. D'autre part, la technique que nous avons suivie nous paraît passible de certains reproches : au lieu de tailler un volet à base postérieure, il nous semble qu'il conviendrait mieux d'ouvrir la paroi thoracique par une incision parallèle à la huitième côte et remontant en arrière jusqu'à la limite supérieure du thorax, en passant en dedans de l'omoplate, et de rabattre le volet ainsi formé en avant; ou bien de faire une incision partant en arrière de la deuxième côte, passant entre le rachis et l'omoplate, décrivant une courbe parallèle aux côtes et remontant en avant jusqu'à la clavicule, et de récliner le lambeau en haut.



Dr Hannecart (Bruxelles). — **Lipomes multiples parapharyngiens et polypes du pharynx.**

(*Clinique du Dr Depage.*)

Le lipome se développe assez fréquemment dans les différentes parties de la région cervicale : on le rencontre généralement à la nuque, dans le creux sus-claviculaire, au-dessous de l'angle de la mâchoire ou dans la région rétropharyngienne.

Le cas dont il est question dans l'observation ci-dessous est rendu intéressant par la localisation des tumeurs et par certaines particularités qu'elles présentent.

Il s'agit d'un nommé Henri B..., journalier à Lustin (Namur), âgé de 35 ans, dont nous avons recueilli l'histoire clinique à la date du 16 octobre 1900. Antécédents morbides nuls Il y a quatorze mois, le malade a remarqué l'apparition d'une grosseur du volume d'une noix, dans la région sous-hyoïdienne, un peu au-dessus et à gauche du bord supérieur du cartilage thyroïde. Cette tumeur augmenta rapidement de volume, refoulant en dehors le conduit laryngo-trachéal, déterminant des troubles de déglutition, de la toux et bientôt la dyspnée, ainsi qu'une altération du timbre de la voix.

Les principaux symptômes qu'accusait le malade au moment de l'opération sont : dyspnée; respiration bruyante; accès de suffocation, surtout la nuit; toux quinteuse; notable altération de la voix; dysphagie et vomissements.

Inspection. — La région antéro-latérale gauche du cou est occupée par une tumeur paraissant, dans son ensemble, avoir le volume d'une tête de nouveau-né; elle atteint en haut le bord inférieur du maxillaire inférieur; en bas, elle n'est séparée de la clavicule que par une surface équivalente à deux travers de doigt; le larynx et la trachée sont refoulés en avant et sur le côté, tandis que le sterno-cléido-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux sont déjetés en dehors.

L'examen du pharynx laisse voir une tumeur arrondie, du volume d'une orange, repoussant toute la paroi latérale gauche jusque sur la ligne médiane (Dr Capart).

Palpation. — Tumeur molle, bosselée, irréductible, mobile sous la peau, non douloureuse à la pression et donnant la sensation d'une légère fluctuation, signe qui a fait croire un instant qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde du cou.

L'état général est assez satisfaisant; cependant le patient déclare avoir beaucoup maigri depuis un mois. A l'auscultation des poumons, on constate l'existence de râles muqueux, disséminés des deux côtés de la poitrine. Il existe de la toux suivie d'une expectoration muco-purulente.

Opération : le 16 octobre 1900; pratiquée par M. le Dr Depage, elle a consisté dans l'extirpation successive des différentes tumeurs à travers une incision longeant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Ces tumeurs se trouvaient dans la loge moyenne du cou : elles étaient encapsulées et adhérentes l'une à l'autre par leurs enveloppes; les plus profondes d'entre elles, qui avaient repoussé la paroi pharyngienne, formaient avec elle de véritables polypes qui furent réséqués en masse en même temps que toute la portion du pharynx à laquelle ils adhéraient.

Fermeture du pharynx par un surjet au catgut, lui-même recouvert et renforcé par un second plan formé de tissu fibro-aponévrotique.

Suture de la peau, application d'un petit drain à l'angle inférieur de la plaie et pansement compressif.

Les suites furent normales : le malade fut nourri d'aliments liquides et la déglutition fut rendue immédiatement très facile. Le drain fut supprimé le quatrième jour; le dixième jour, les fils furent enlevés et l'opéré sortit guéri.

Pièces anatomiques. — Les pièces anatomiques peuvent se décomposer ainsi :

1° Plusieurs tumeurs fibro-lipomateuses, dont la plus superficielle a le volume d'un œuf d'autruche, est molle, régulièrement ovale et arrondie;

2° Une portion de la paroi pharyngienne sous laquelle se montrent une série de tumeurs de même nature que les précédentes, variant du volume d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon; deux d'entre elles, coiffées de la paroi pharyngienne, ont un pédicule long de plusieurs centimètres paraissant inséré à la partie inférieure du pharynx.

L'*examen microscopique* démontre qu'il s'agit bien de lipomes : les cellules adipeuses apparaissent groupées en lobules séparés par d'épaisses travées de tissu fibreux. La paroi du pharynx montre, dans ses couches profondes, une abondante formation de tissu de granulation.

En résumé, des lipomes se sont développés derrière l'aponévrose moyenne, dans le tissu cellulaire lamelleux parapharyngien. Ils

ont évolué en refoulant les tissus et les organes voisins; deux d'entre eux, saillants sous le pharynx, constamment attirés vers cette cavité sous l'influence de la déglutition des aliments, se sont pédiculisés pour constituer les polypes décrits ci-dessus.

Dr J. Verhoogen (Bruxelles). — **La prostatotomie galvanocaustique (opération de Bottini).**

De tous les traitements préconisés en ces dernières années pour la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, le procédé de galvanocaustie imaginé par Bottini est celui qui semble donner les meilleurs résultats. Le procédé primitif du professeur de Pavie a été perfectionné par Freudenberg et vulgarisé grâce aux publications de cet auteur. Il a été pratiqué par de nombreux chirurgiens, entre autres par Socin, Czerny, etc , et l'on peut actuellement en apprécier les résultats.

Vous savez en quoi consiste l'opération de Bottini. Au moyen d'un couteau galvano-caustique, on trace dans la prostate un ou plusieurs sillons (généralement trois) qui s'ouvrent largement quand le malade veut uriner et qui viennent ainsi suppléer à l'insuffisance du canal de l'urètre, écrasé par le gonflement prostatique. Ce n'est donc autre chose que l'ancienne opération de Mercier, méthodiquement réglée et pratiquée de façon à éviter les dangers d'hémorragie et d'infection, si redoutables autrefois.

L'instrument se compose essentiellement d'une sonde creuse dans laquelle circule un courant d'eau froide qui empêche l'échauffement de l'appareil. La lame galvanocaustique glisse dans une rainure de cette sonde. Une fois la sonde introduite dans la vessie, on porte la lame au rouge par l'action d'un accumulateur puissant; puis on la fait glisser dans la rainure de la sonde, de manière à sectionner la prostate dans une étendue jugée suffisante. Tous les détails de l'opération sont minutieusement décrits dans le traité de Bottini (1), dans les ouvrages de Freudenberg (2), de von Frisch (3) et dans le travail de Crick (4).

---

(1) Bottini, *Ischuria Prostatica*. Florence, 1900.
(2) Freudenberg, *Centralblatt f. die Krankheiten der Harnorgane*, 1900.
(3) von Frisch, traduction Renard. Deihy et Bidlot, Liége, 1900.
(4) Crick, *Journal médical de Bruxelles*, n° 46, 15 novembre 1900, p. 571.

Les suites opératoires sont généralement des plus simples. L'opération est peu douloureuse et se fait au moyen de l'anesthésie locale (cocaïne, 2 % en injection intra-urétrale). Immédiatement après l'opération, il y a une très légère hémorragie par le méat, et l'urine est un peu sanguinolente. Souvent le malade commence à uriner dès les premières heures; l'urine s'éclaircit alors rapidement. Généralement, au bout de huit à dix jours, au moment de la chute des eschares, les urines redeviennent troubles. Il arrive aussi que, à cette occasion, il se produise une nouvelle rétention d'urine. On peut être même forcé de remettre la sonde à demeure pendant deux ou trois jours. Puis tout rentre de nouveau dans l'ordre et le malade continue à uriner normalement.

J'ai pratiqué, depuis quelques mois, onze fois cette opération dans divers cas de rétention d'urine par hypertrophie de la prostate.

Voici les résultats que j'ai obtenus. Trois de mes malades sont morts dans le premier mois qui suivit l'opération. L'un d'eux n'avait éprouvé aucun bénéfice de l'opération et succomba à des accidents qui peuvent être attribués, d'après le médecin traitant, à un phlegmon prostatique. Cet accident doit donc être considéré comme résultant directement de l'acte opératoire. Les deux autres, qui étaient atteints d'une rétention complète, urinèrent très convenablement peu de jours après l'opération. Ils moururent subitement, comme s'ils étaient frappés d'apoplexie. L'autopsie ne put être faite et je ne sais s'il faut établir un rapport entre l'acte opératoire et les accidents mortels qui suivirent.

Chez mes autres malades, le résultat fut excellent. Quelques-uns d'entre eux étaient obligés, de se sonder depuis des années et avaient une cystite chronique ayant résisté à divers traitements. Chez d'autres, la rétention était moindre et plus récente. Chez tous, la miction se rétablit normalement au bout d'un temps variant de quelques jours à trois mois. La vessie se vida complètement, sauf dans un cas très rebelle où le résidu urinaire tomba de 200 à 50 centimètres cubes.

Mes opérations ne datant que de quelques mois à peine, je ne sais si des récidives se produiront. Elles seraient cependant exceptionnelles d'après tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'opération de Bottini.

Le nombre des décès est très élevé (3 sur 11, soit 25 %). D'après le relevé de Freudenberg, fait d'après tous les cas opérés jusqu'à ce jour, la moyenne des décès ne dépasserait pas 5 %.

Je pense que, dans deux de mes cas, la mort ne peut pas être directement attribuée à l'opération. Mais, en admettant même que les accidents soient fréquents, il ne faut pas oublier que l'opération de Bottini s'adresse à des malades dont l'état général est, le plus souvent, très précaire, et qui sont presque fatalement voués à une mort rapide.

J'ai eu l'occasion d'observer un nombre fort considérable de prostatiques obligés d'avoir recours à la sonde pour vider leur vessie. Très peu de ces malades arrivent à une survie de plusieurs années. Des accidents de tous genres (hémorragies, infections, etc.) les menacent sans cesse et finissent par les emporter. Quelques-uns résistent assez longtemps parce qu'ils sont propres et soigneux. D'autres doivent leur résistance au bon fonctionnement de leurs reins. Mais la plupart mènent une vie misérable et finissent par périr, victimes de l'un ou l'autre accident.

De toutes les opérations tentées actuellement contre l'hypertrophie prostatique, la galvanocaustie de Bottini donne les plus belles statistiques et les insuccès les moins nombreux. Nous croyons donc devoir la recommander, malgré les accidents que nous avons observés.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Dr Verneuil (Bruxelles). — **Traumatisme du crâne; fracture comminutive de l'occipital; fracture irradiée de la voûte à la base.**

M. Verneuil présente le malade qui fait l'objet de la communication insérée à la page 301.



Dr Goris (Bruxelles). — **Un cas de pharyngectomie inféro-latérale avec ablation de la moitié de la langue et de la moitié du plancher de la bouche, par la voie sous-maxillaire et sans résection de la mâchoire.**

L'opéré que j'ai l'honneur de vous présenter vint me trouver à ma clinique le 31 octobre dernier, porteur d'un épithélioma ulcéré de la partie postérieure gauche de la langue, envahissant la fosse glosso-épiglottique et la partie latérale du pharynx : amygdale et pilier postérieur.

L'état général était bon ; les lésions, relativement limitées. Je me décidai à lui proposer une opération radicale tout en l'avertissant, ainsi que ses proches, de la gravité de l'opération.

C'est cette gravité de l'acte opératoire qui fait considérer par certains chirurgiens la pharyngectomie comme une opération où les chances de guérison ne compensent pas les dangers immédiats et médiats de l'intervention.

Les statistiques sont mauvaises. Celle de Kronlein, par exemple, rapportée dans le traité de Chalot, comporte, sur vingt-neuf opérations de cancer du pharynx, onze morts post-opératoires, dix-huit récidives rapides et deux guérisons seulement; ce n'est certes pas brillant. J'ai, en ce qui me concerne, sur trois pharyngectomies, un décès six mois après l'opération par récidive dans les ganglions carotidiens, un décès cinq jours après l'opération par insuffisance cardiaque, et le cas présent, dont l'état est excellent et qui est opéré depuis quinze jours. Espérons que je pourrai vous le représenter dans quelque temps exempt de récidive.

Mon principe est de proposer l'opération en en révélant toute la gravité, mais aussi en la signalant comme la seule chance de salut. En effet, les malades atteints de ce genre de tumeurs sont voués à une mort rapide par l'inanition à laquelle les expose sûrement la progression du mal.

A supposer que les chiffres de Kronlein correspondent à une moyenne générale, il me semble que le chirurgien est moralement autorisé à tenter l'opération : six pour cent de guérisons est une proportion non à dédaigner lorsqu'il s'agit d'un mal absolument inexorable.

Voici la technique que j'ai suivie pour l'extirpation de cette tumeur occupant différentes régions de l'isthme du gosier.

D'abord, je désirais enlever non seulement la tumeur et les ganglions, mais aussi les tissus interposés entre les deux. Ensuite, je désirais éviter, autant que possible, la résection partielle ou totale du maxillaire inférieur.

Enfin, comme toujours, pour ne pas perdre de temps, je ne fis aucune ligature préalable.

Après avoir fait la trachéotomie et le tamponnement du pharynx, je fendis en deux la langue, depuis la pointe jusqu'en arrière de la tumeur, et suturai les deux muqueuses du moignon sain.

Plaçant ensuite deux pinces de Kocher sur le moignon malade, l'une étreignant la moitié supérieure, l'autre la moitié inférieure, l'hémostase se trouvait complète.

Je menai alors une incision courbe depuis la symphyse du menton, circonscrivant la région sous-maxillaire et finissant au niveau du tragus. Du milieu environ de cette incision, j'en fis descendre une autre le long de la carotide, ce qui me permit d'énucléer de bas en haut le ganglion carotidien. J'extirpai ensuite la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale, faisant la ligature du gros tronc thyro-linguo-facial, de l'artère faciale, et tombai sur le muscle hyoglosse, que je sectionnai en même temps que le digastrique contre l'os hyoïde ; en ce moment, je fis la ligature de l'artère linguale.

Fendant ensuite d'un coup de bistouri le plancher de la bouche, je pus attirer facilement par la plaie cutanée la langue en partie détachée et rasai ses insertions à l'os hyoïde. Enlevant la partie latérale du pharynx, je remontai, en attirant en avant les tissus détachés, en arrière du pharynx, et sectionnai d'un coup de bistouri l'amygdale avec la partie de pharynx sous-jacente et le pilier postérieur; j'avais sectionné une forte branche de la pharyngienne inférieure; j'en fis la ligature de la plaie.

J'étais parvenu à détacher ainsi, ne formant qu'une masse, la moitié de la langue, la partie latérale et inférieure du pharynx avec l'amygdale et le pilier postérieur.

J'achevai l'opération en suturant le pharynx à la peau afin de mettre la gaine des gros vaisseaux à l'abri des liquides buccaux, et réunis, par deux points de suture, la brèche laissée dans le pharynx par l'enlèvement du pilier postérieur; je fermai par quelques points de suture la partie antérieure de l'incision cutanée.

Telle est l'opération très étendue que j'ai pratiquée à cet homme, opération qui se termina sans incident, grâce à la technique suivie. J'ai été particulièrement satisfait d'avoir pu enlever l'amygdale malade sans devoir recourir à la section ou à la résection de l'apophyse montante.

Dr Goris (Bruxelles). — **Un cas de thyrotomie.**

M. Goris présente une enfant de 4 ans qu'il a déjà montrée à la séance du 21 juillet dernier et chez qui il avait pratiqué une thyrotomie pour papillome du larynx. Il tient à faire constater que la voix est devenue tout à fait normale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Le **Dr Lauwers** présente un ganglion de Gasser qu'il a extirpé suivant le procédé de Krauss, un peu modifié. Il a pratiqué la ligature préalable des deux carotides externes et a abattu l'arcade zygomatique, de manière à se rapprocher davantage de la base du crâne. La rondelle osseuse résultant de l'ouverture faite à la boîte crânienne, n'a pas été conservée dans le lambeau.

Dr Hannecart (Bruxelles). — **Lipomes multiples parapharyngiens et polypes du pharynx.**

M. Hannecart montre les lipomes qui font l'objet de la communication insérée à la page 315.

RADIOGRAPHIES.

Dr Depage (Bruxelles). — **Quelques radiographies relatives aux ostéomes traumatiques.**

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter quelques radiographies intéressantes se rapportant à des ostéomes traumatiques.

Voici, tout d'abord, la radiographie d'un ostéome traumatique du coude, qui s'est développé, chez un confrère d'une trentaine d'années, à la suite d'un traumatisme articulaire (fig. 1).

La tumeur, du volume d'une grosse noix, siégeait à la région externe de la face antérieure du coude et s'étendait depuis l'épicondyle jusque sur le radius. Le coude, maintenu dans une semi-flexion, ne permettait pas le moindre mouvement d'extension et de flexion sur le bras. Le traumatisme, point de départ de la néoplasie, avait eu lieu deux mois auparavant, et la tumeur, peu nette d'abord, était devenue très apparente dans la suite. L'ablation fut faite il y a trois semaines. Actuellement, le malade, en pleine voie de guérison, est à la veille de recouvrer l'entière liberté des mouvements du bras.

A l'examen microscopique, la tumeur est constituée par des trabécules osseuses et cartilagineuses séparées par des masses conjonctives.

La seconde radiographie est peut-être plus intéressante encore (fig. 2). Elle se rapporte à un individu très corpulent, d'une cinquantaine d'années, exerçant la profession de maréchal ferrant à la Compagnie des Tramways bruxellois.

Étant occupé à ferrer un cheval, il reçut un coup de pied qui le fit tomber à la renverse. L'épaule fut lésée, mais le médecin de la Compagnie ne put déterminer aucune fracture ni aucun déplacement articulaire.

Le patient, après une semaine ou deux, avait pu reprendre sa besogne, mais il dut bientôt l'abandonner de nouveau.

Je vis le patient environ cinq mois après l'accident et ne pus découvrir chez lui autre chose qu'une paralysie du muscle deltoïde. Il n'y avait ni périarthrite, ni adhérence intra-articulaire, ni toute

autre lésion dénotant une ancienne luxation ou fracture. J'envoyai le patient chez le Dr Lemarinel, qui fit le même diagnostic que moi et institua pendant deux mois un traitement mécanothérapique.

Au bout de ce temps, au lieu de s'améliorer, l'état du malade avait plutôt empiré, en ce sens que les douleurs étaient devenues beaucoup plus aiguës. Je fis alors faire la radiographie. Comme vous pouvez le voir, Messieurs, la disposition du bras sur le tronc est normale; mais à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la face inférieure de la clavicule, il existe une saillie osseuse pointue, longue de plusieurs centimètres, qui vient s'appuyer sur le bord supérieur de la cavité glénoïde de l'articulation.

A la base de cette saillie osseuse, formant un véritable ostéome, il existe, semble-t-il, un trait de fracture peu appréciable qui se dirige en dehors. C'est bien à l'endroit où se trouve cet ostéome que le malade localise les douleurs qu'il éprouve et, sans aucun doute, c'est la pression de la tumeur sur l'articulation qui empêche le mouvement d'élévation du bras. Le malade ne consentit pas à se soumettre à une intervention.

Dans une communication antérieure, faite à notre réunion extraordinaire de Gand, en 1898, j'ai pu vous démontrer, d'une façon très nette, sur une radiographie relative à une fracture comminutive de l'extrémité supérieure du bras, qu'un ostéome s'était développé autour d'un fragment arraché de l'os. Je vous présente ici, Messieurs, de nouveau cette radiographie prise le lendemain de l'accident (fig. 3). Comme vous pouvez le voir, il existe dans les tissus mous une lamelle osseuse; on reconnaît nettement, par la forme de cette lamelle, l'endroit d'où elle a été arrachée de l'os.

Je ne sais, Messieurs, si les ostéomes traumatiques résultent toujours de l'arrachement d'un fragment osseux ou périosté; mais, vous devez en convenir, dans le cas présent cette origine est manifeste. Sans doute, il existe d'autres théories pour expliquer la lésion qui nous occupe. L'une des plus importantes est celle de Bard, d'après laquelle il existerait dans les tendons des muscles des parcelles ostéogènes qui ne demanderaient qu'à se développer sous l'influence d'un traumatisme et formeraient ainsi des ostéomes. Il est possible que cette manière de voir peut être admise dans la plupart des cas, mais certainement pas dans tous, comme je vous le démontre par cette dernière radiographie.

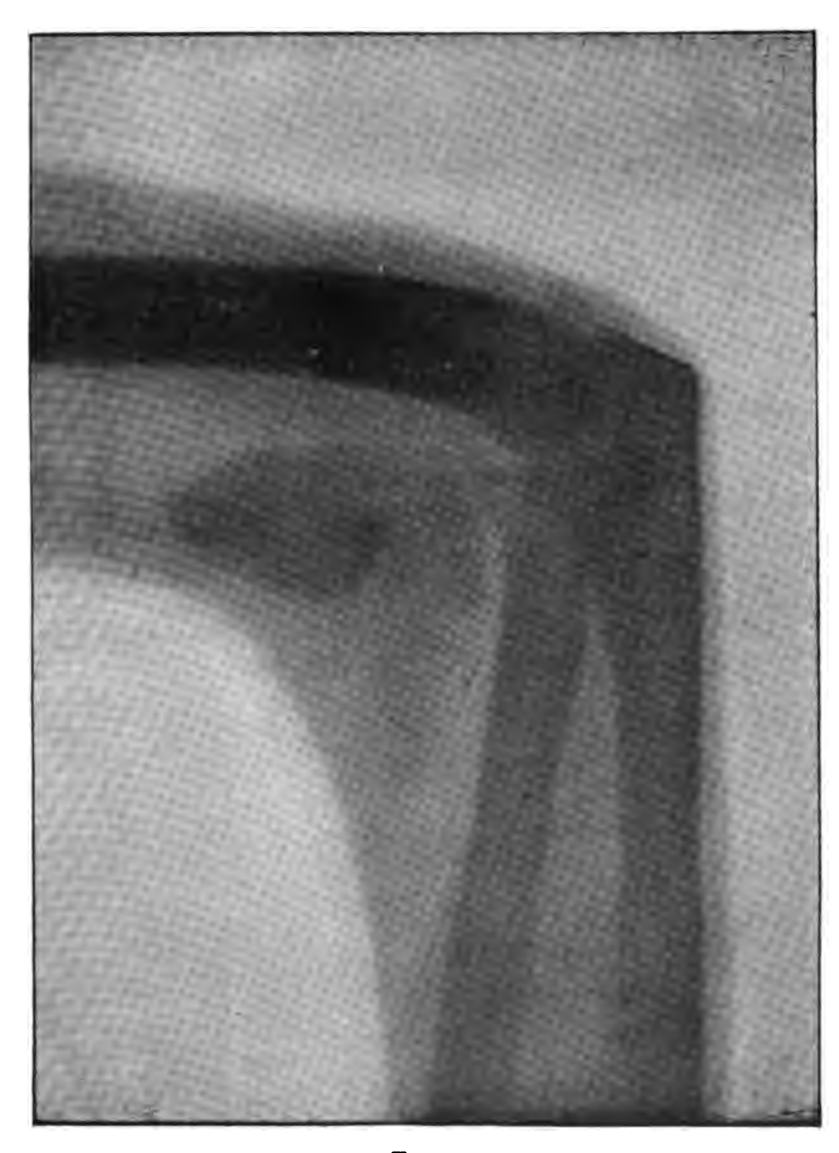


Fig. 1.



FIG. 2.

(Page 324c)



Fig. 3

NÉCROLOGIE.

L. OLLIER.

Ollier est mort subitement le 26 novembre dernier, à l'âge de 70 ans. C'est une perte sensible pour l'École française et particulièrement pour la Faculté de médecine de Lyon, où, parmi les professeurs, il occupait une situation prépondérante.

Sa vie chirurgicale a été féconde. Ses nombreux travaux, justement appréciés, sont assez connus pour qu'il soit inutile de les rappeler; mais le maître lyonnais n'eût-il doté la science que de ses remarquables découvertes dans le domaine de la chirurgie osseuse, que cela suffirait à immortaliser son nom.

Ollier était membre honoraire de notre Société. H. V.

Le Secrétaire,
H. VERNEUIL.

Bruxelles. — Imprimerie Hayez, rue de Louvain, 112.

Séance du 22 décembre 1900.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr L. BLONDEZ.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

Une lettre de M. DESGUIN s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

M. Verneuil. — J'ai reçu de M. le Dr Henrotay, d'Anvers, une lettre, que voici :

Anvers, le 24 décembre 1900.

HONORÉ CONFRÈRE,

J'ai lu en note d'un travail à vous paru dans les *Annales de la Société belge de chirurgie* (dernier fascicule), que vous étiez surpris de ne pas avoir entendu les protestations des chirurgiens présents à la séance de la Société de médecine d'Anvers, où celle-ci, à l'unanimité, formula le vœu de ne pas voir la potion de Todd inscrite dans la nouvelle Pharmacopée.

Je tiens à vous faire savoir que, pour ma part, j'ai fait cette

réserve et que vous pouvez lire dans notre *Bulletin*, livraison juillet-août-septembre, page 124 :

« M. Henrotay, tout en se déclarant antialcoolique convaincu, » croit que c'est avec raison qu'un chirurgien, dans le collapsus » succédant à une intervention grave, utilise dans un but théra- » peutique la période d'excitation, si courte fût-elle, qui suit » l'ingestion d'alcool.

» Pour le surplus, il croit à une véritable alcoolisation médicale » de certains malades par l'administration de vins médicamen- » teux. »

J'ajouterai que le Dr Lambotte, président, s'est rallié à cette opinion.

Il me serait agréable de vous voir faire en lieu utile une toute petite rectification.

Agréez l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr J. Henrotay.

Voilà qui est bien ; et je suis fort heureux d'enregistrer la protestation de M. Henrotay. Je me permettrai toutefois de faire remarquer qu'elle est un peu platonique, la Société médico-chirurgicale d'Anvers ayant émis son vœu à l'unanimité des membres présents.

DISCUSSION DU PROCÈS-VERBAL.

A propos des ostéomes traumatiques. (M. Depage.)

M. Verneuil. — A propos des trois cas observés par M. Depage, notre collègue a rappelé la théorie de Bard qui explique la production des ostéomes traumatiques par la présence dans les tendons de parcelles ostéogènes qui se développeraient à la suite d'un traumatisme. D'autres théories ont été émises également : celle de l'arrachement périosté (c'est à celle-là que M. Depage se rallie pour expliquer la pathogénie du cas faisant l'objet de sa troisième observation); celle de la myosite ossifiante, qui trouve bien peu de partisans; celle du rôle joué par l'hématome qui accompagne si fréquemment les lésions traumatiques. Notre collègue estime que

son cas est démonstratif en ce qui concerne la théorie de l'arrachement périosté; que si cette théorie n'est pas toujours vraie, elle est au moins inattaquable dans certaines circonstances, celles, par exemple, qu'il nous a détaillées.

Je partage absolument sa façon de voir. La radiographie (dont la reproduction malheureusement est très imparfaite et peu démonstrative) nous fait voir nettement l'ostéome développé autour d'une esquille arrachée de l'os.

Dans le premier des cas que M. Depage a rapportés, au contraire, cette théorie ne me paraît pas pouvoir être invoquée.

Il n'y a eu chez le sujet ni fracture ni luxation; donc aucune esquille n'a pu se détacher et devenir dans la suite le point de départ d'un ostéome. Ici je serais tout disposé à accepter l'hypothèse de Bard.

Je crois, somme toute, que la production des ostéomes traumatiques reconnaît des causes multiples et variables.

M. Dandois. — Les lésions que M. Depage a décrites sont en réalité mal définies.

Ce terme d'« ostéome traumatique » ne me satisfait aucunement. Je ne m'imagine pas qu'une parcelle osseuse isolée dans un muscle ou dans un tendon puisse croître, se développer et donner naissance à une tumeur ; je crois que si notre Collègue n'était pas intervenu chirurgicalement, la disparition de ces pseudo-tumeurs aurait été constatée, comme on constate, après un temps plus ou moins long, l'effacement d'un cal hypertrophique. Pourquoi l'opération a-t-elle été pratiquée d'une façon si hâtive ?

Sur la radiographie que j'ai fait passer tout à l'heure devant vous, on voit également un fragment d'os volumineux, nettement séparé du tibia et isolé dans les tissus.

Je ne considère pas cela comme un ostéome traumatique.

M. Gallet. — M. Dandois a raison de ne pas prendre pour un ostéome traumatique ce qu'il nous a montré tout à l'heure. Il s'agit simplement d'un morceau d'os détaché, mais resté intact — du moins jusqu'ici.

Dans le cas sur lequel notre collègue Depage a attiré l'attention, il est question d'une particule osseuse qui s'est considérablement développée dans les muscles voisins de l'humérus, où elle s'est trouvée projetée à l'occasion d'une fracture. Ces deux ordres de faits ne sont pas comparables, même dans le cas où l'on ferait des réserves

sur l'interprétation que l'on entend donner aux ostéomes traumatiques.

M. Depage. — Je ferai remarquer simplement à M. Dandois que le terme d'« ostéome traumatique » est classique. Il n'est peut-être pas bon. Je veux bien admettre que l'on ne puisse faire de ces productions de véritables tumeurs, et aussi qu'elles soient susceptibles de disparaître avec le temps. Je suis bien obligé de m'en tenir pour le moment a l'opinion généralement admise et à l'intervention conseillée par la majorité des chirurgiens.

Dans le cas particulier que j'ai rapporté, la tumeur compromettait les mouvements du bras de mon sujet; j'ai cru qu'il était indiqué de lui rendre le plus tôt possible le fonctionnement normal de son membre. C'est ce que j'ai fait.

Et à ce propos, Messieurs, rappelez-vous le deuxième cas d'ostéome traumatique décrit dans mon travail. J'avais proposé au patient une opération qui se trouvait indiquée ici plus que dans toute autre circonstance. Or il s'est fait qu'un chirurgien consulté après moi a déclaré qu'il s'agissait d'une tumeur congénitale, et qu'une opération serait impossible à tenter!

A propos de l'effondrement de la paroi thoracique dans la pleurésie purulente chronique généralisée. (M. DEPAGE.)

M. Gallet. — Il y a environ vingt-cinq ans que furent pratiquées les premières opérations d'Estlander, résections costales sous-périostées, dans le but d'obtenir la guérison des pleurésies purulentes chroniques. Dès cette époque, on eut soin d'établir une différence entre la pleurésie purulente partielle et la pleurésie purulente totale. Dans la première, des adhérences existent entre les plèvres pariétale et viscérale, réduisant parfois considérablement les dimensions de la cavité suppurante; dans la seconde, il n'y a pas d'adhérences; le poumon rétracté a été refoulé dans la gouttière costo-vertébrale; la cavité est énorme, occupant tout un côté du thorax, du diaphragme jusqu'à l'espace sus-claviculaire.

Deux figures, que nous publiions dans notre thèse d'agrégation en 1889, montrent ces lésions qui comportent des indications opératoires différentes : dans la pleurésie purulente partielle, une opération d'Estlander donne des résultats; elle n'en donnera guère dans la pleurésie purulente totale.

Depuis cette époque, on a fait du chemin dans le traitement chirurgical des pleurésies purulentes; on reculait devant la résection des deux premières côtes, opération que l'on considérait comme pleine de difficultés, et nous avons entendu l'un de nos maîtres d'alors accuser un chirurgien d'avoir décarcassé son malade pour quatre côtes qu'il lui avait enlevées; aujourd'hui l'on sait que le chirurgien n'a pas à reculer devant les difficultés opératoires que peut offrir la résection de la première côte, et l'on connaît, d'autre part, l'étendue des traumatismes auxquels donnent lieu les opérations de Schede et de Bardenheuer. Mais ces opérations nouvelles, ces larges résections portant sur la paroi thoracique tout entière sont-elles des opérations vraiment nouvelles ou ne soulèvent-elles qu'une simple question de technique ou plutôt de mesure dans l'étendue du traumatisme?

Je crois que l'opération de Bardenheuer, l'opération que nous a décrite M. Depage, ne constitue pas une opération nouvelle.

Il est un point sur lequel on a toujours insisté: la nécessité pour le chirurgien qui pratique une opération d'Estlander, de faire une résection costale proportionnelle aux dimensions de cette cavité. Ce principe est net; on sait que ce n'est que par de larges résections que l'on aboutira à l'occlusion des larges et profondes cavités pleurales suppurantes. Et il doit être entendu que si la cavité siège au sommet, et si l'on juge que, pour en obtenir l'occlusion, il est indispensable de réséquer les deux premières côtes et même la clavicule, on n'hésitera pas à les réséquer.

Toute la question, à mon avis, est donc de savoir, non pas quelle doit être l'étendue des résections costales, mais de savoir dans quelles conditions celles-ci doivent être pratiquées.

Il importe d'abord d'examiner si le diagnostic de ces pleurésies purulentes totales est facile à poser et si l'on peut, par conséquent, déclarer, quand on se trouve en présence d'un pleurétique, que c'est le traitement — c'est-à-dire les larges traumatismes indiqués contre cette lésion — que l'on va d'emblée leur appliquer.

Je crois que ce diagnostic est des plus difficiles; tous les moyens (inspection complète de la poitrine, exploration de la cavité, injection, etc.), ne donnent que des résultats peu certains. J'ai attiré votre attention sur les renseignements que fournit ici la radiographie; je vous ai montré des photographies qui semblent prouver que dans cette voie l'on trouvera le moyen de poser un diagnostic parfait; jusqu'à présent les observations sont trop peu nombreuses pour conclure, et nous devons avouer que pour poser le diagnostic

et, à plus forte raison, les indications opératoires, il faut commencer par faire subir au malade un traumatisme qu'à mon avis il y a lieu justement de lui éviter à tout prix. En effet, — et c'est le second point sur lequel j'insiste, — le pronostic de ces pleurésies purulentes totales est des plus graves. Les malades sont affaiblis par une suppuration prolongée; leur hématose se fait d'une façon défectueuse; ils supportent mal le traumatisme. J'ai observé trois cas de pleurésie purulente totale, trois cas dont je suis sûr, puisque l'autopsie en a été faite. Ces trois malades sont morts à la suite d'opération d'Estlander; deux d'entre eux rapidement, le troisième quelques semaines après notre intervention. J'ai recherché, dans la série des cent premières opérations d'Estlander, les cas de mort et leurs causes. J'ai pris ces cent premiers cas, parce qu'ils ont été publiés avec beaucoup de soin, ainsi que cela se voit quand une opération est nouvellement préconisée. Sur ces cent cas, je trouve dix-huit décès, et dans les neuf cas où l'autopsie a été faite, on signale que la cavité purulente était énorme et que le poumon était aplati, refoulé contre la colonne vertébrale. Enfin, les cas dans lesquels sont intervenus Bardenheuer, Beck et M. Depage lui-même ne font que confirmer toute la gravité des traumatismes étendus chez ces malades.

C'est donc, à mon avis, — et tout en respectant le principe que j'invoquais tantôt sur l'étendue des résections, — dans une autre voie qu'il faut chercher des moyens sûrs de guérir ces malades. En quelques mots, on peut résumer la thérapeutique chirurgicale qu'il y a lieu de leur appliquer. On ne leur fera subir que la résection thoracique qu'ils seront à même de supporter, mais on la leur fera subir, à des intervalles plus ou moins éloignés, autant de fois qu'il sera nécessaire de le faire pour obtenir l'occlusion de la cavité. Méthode longue, dit-on. Oui, mais sûre, et il suffit de prévenir le malade dès que l'on entreprend de le soigner et de lui dire toute la vérité, l'inéluctable nécessité des interventions multiples, pour qu'il se soumette à toutes les exigences d'une chirurgie prudente.

C'est la voie que suivait déjà Lucas-Championnière; c'est la voie que semble suivre aujourd'hui Schede, qui, après les larges résections que l'on connaît, en arrive à procéder par résections successives, ne portant que sur deux ou trois côtes à la fois.

C'est la voie que je suis maintenant, que j'ai suivie pour les malades que je vous ai montrés lors de notre réunion de juin dernier, malades que je considère, autant qu'on peut le faire, comme ayant été atteints de pleurésie totale. Il a fallu intervenir chez eux

plusieurs fois; j'ai combiné les résections costales sous-périostées avec les résections thoraciques totales, peu étendues, tenant toujours compte de l'état général de ces malades et des dimensions de la cavité pleurale qui me restait à combler. A ces moyens, il m'est arrivé d'ajouter la greffe pour obtenir la cicatrisation de la portion de la cavité non recouverte de peau. Ce matin même, j'ai eu l'occasion de voir, dans mon service, un ancien malade de Kraske et de Czerny. Plusieurs d'entre vous l'ont sans doute examiné. Il s'est montré dans différentes cliniques. Il était atteint de pleurésie purulente totale, ce dont il est des plus faciles de s'assurer, puisque l'on peut glisser la main dans la cavité pleurale jusque derrière la clavicule. Il a subi vingt-deux opérations; on a eu recours chez lui à la greffe, et la peau recouvre aujourd'hui complètement cette vaste cavité. Il serait difficile de trouver un cas de pleurésie purulente totale démontrant aussi parfaitement l'efficacité du traitement par les interventions successives.

Je crois pouvoir résumer la règle de conduite qu'il y a lieu d'observer en pareil cas :

1° Chercher à déterminer les dimensions de la cavité par tous les moyens, y compris la radiographie;

2° Si l'on soupçonne une pleurésie purulente totale et si l'opération de Delorme n'est pas praticable, on aura recours à l'opération d'Estlander ou à l'une des variétés de cette opération (Quenu-Terrier). On se rappellera que c'est surtout vers les régions postérieures du thorax qu'il faut rechercher l'affaissement de la paroi. Cette résection sera limitée de façon à ne faire courir au malade qu'un minimum de danger;

3° On aura recours à des interventions successives, de façon à provoquer un affaissement progressif, un effondrement lent, si l'on veut, de la paroi thoracique. Si la cavité suppurante persiste au sommet, on réséquera les premières côtes et la clavicule afin d'obtenir l'affaissement à ce niveau; mais il sera souvent nécessaire, en cette région, de recourir à l'opération de Schede ou à l'opération qui consiste à appliquer la peau sur les parois mêmes de la cavité pleurale ouverte, et à compléter par des greffes la cutanisation de cette cavité.

M. Dandois. — Je suis complètement d'accord avec M. Gallet. J'ai maintes fois constaté que les interventions très étendues étaient scabreuses et donnaient de mauvais résultats. Il faut être patient et avoir recours à des opérations successives. Il est rare qu'on

n'arrive pas à obtenir un résultat final très satisfaisant. Je ne suis pas étonné, pour ma part, de l'insuccès auquel ont abouti les tentatives de notre collègue Depage, et je ne partage pas les illusions qu'il se fait sur l'avenir d'opérations dans le genre de celle qu'il a tentée. Peut-être eût-il mieux valu ne pas publier cette observation.

M. Depage. — Je n'ai pas décrit cette opération comme une chose nouvelle. D'autres l'ont exécutée avant moi. Ce n'est, en somme, que l'amplification du procédé d'Estlander.

M. Gallet. — Ceci n'est pas tout à fait exact. Il est spécialement indiqué dans l'opération d'Estlander de laisser la plèvre intacte, et cela précisément pour obtenir une rétraction qui ne se fait plus quand la plèvre a été ouverte.

M. Depage. — C'est vrai, mais on ne peut dire que le procédé reste celui d'Estlander, par opposition à la méthode de Schede, dans laquelle on enlève la plèvre. Ici la cavité pleurale est ouverte, mais la plèvre n'est pas enlevée.

M. Gallet vient de nous parler des difficultés d'un diagnostic exact dans la pleurésie purulente; je suis bien d'accord avec lui, mais je n'ai pas envisagé la question à ce point de vue spécial. Me trouvant en face d'un cas qui me semblait présenter des obstacles très sérieux à la réussite des procédés opératoires habituels, — et notamment l'existence de cette grande cavité qui remontait sous la clavicule, — l'idée m'est venue d'intervenir plus largement qu'on ne le fait de coutume et d'appliquer au traitement de cette pleurésie purulente totale l'opération que Bardenheuer a décrite et exécutée plusieurs fois, en y apportant quelques modifications que j'ai décrites. En réalité, le traumatisme ne me semble pas si considérable; le temps employé a été long, bien que la façon dont je m'y suis pris pour enlever les côtes (de dedans en dehors) en fasse gagner beaucoup. Mais l'ablation de la première côte est un temps laborieux. Je crois qu'avec de la pratique il doit y avoir moyen de raccourcir la durée de l'intervention, et qu'alors la méthode deviendra bonne. Naturellement, tant que les faits n'auront pas confirmé la justesse de cette façon de voir, nous restons dans le domaine de la théorie.

M. Gallet. — Je ne condamne nullement la tentative de notre

collègue. Toutes les opérations aujourd'hui courantes et recommandables ont donné au début des échecs et des déboires. A ce point de vue, je ne puis admettre les restrictions formulées par M. Dandois. Je crois que c'est un devoir pour le chirurgien de publier les cas malheureux au même titre que les autres. Je répète simplement que les arguments de M. Depage ne m'ont pas convaincu. Quoi qu'il en dise, un traumatisme comme celui qu'il a produit est considérable, et les traumatismes considérables sont à éviter : les insuccès sont la règle. Je l'ai toujours constaté. Au contraire, les opérations prudentes, limitées et répétées aussi souvent qu'il est nécessaire, m'ont donné des résultats des plus satisfaisants.

M. Verneuil. — C'est la conclusion que j'ai émise également dans mon rapport du mois de juin dernier, à propos du traitement de la pleurésie purulente. M. Depage estime que, moyennant une pratique plus fréquente, il y aurait moyen, dans l'opération qu'il a décrite, de gagner du temps. Peut-être, mais cela aura-t-il une grande influence sur le résultat final?

Je ne le pense pas. Le grand danger, c'est l'importance du traumatisme, et quand notre collègue dit que ce traumatisme n'est pas si considérable, on peut bien se demander ce qu'il entend désigner par l'expression de « grand traumatisme » !

M. Willems. — J'ai assisté à l'opération que M. Depage a pratiquée. A ce moment déjà, je lui ai dit mon opinion : Le traumatisme est énorme, et conséquemment le danger est grand. Je ne crois pas non plus que l'on puisse espérer raccourcir de beaucoup la durée de l'intervention. Je me suis demandé également si l'on n'arriverait pas au but cherché par une opération plus simple, par exemple en tâchant d'obtenir l'affaissement du sommet de la cage thoracique par la résection de la clavicule et de la première côte, et en se contentant pour le reste de réséquer le segment postérieur des côtes inférieures, ce qui déterminerait l'affaissement de la gouttière costo-vertébrale. Tout de même, je pense, comme M. Gallet, que les opérations partielles et répétées sont beaucoup plus recommandables, et il ne faut pas perdre de vue que là l'étendue de la portion à réséquer ne doit pas fatalement être aussi grande que la superficie de la cavité à combler.

M. Sneyers. — Il ne faut pas oublier non plus tout ce que l'on peut attendre du procédé de Delorme. Il y a peu de temps, en

deux cas, j'ai eu l'occasion d'enregistrer des succès par cette méthode.

M. Gallet. — Tout le monde en conviendra, mais la valeur du procédé de Delorme est en dehors de cette discussion.

DISCUSSIONS.

Hystéropexie et opération d'Alexander.

M. Delétrez. — J'ai eu deux fois l'occasion de constater un étranglement intestinal sur une bride fibreuse, conséquence d'une hystéropexie

M. Rouffart. — C'est pour éviter la production de ces brides que j'ai recommandé depuis longtemps l'avivement de la paroi antérieure de l'utérus et l'avivement correspondant de la paroi abdominale. L'adhérence reste intime et complète.

Cette discussion est remise à la séance prochaine.

COMMUNICATIONS.

Dr Sneyers (Liége). — **A propos du pincement latéral de l'intestin.**

Ayant eu la bonne fortune d'observer cette année deux cas de pincement latéral de l'intestin, je crois intéressant de les faire connaître. En effet, cette affection paraît assez rare ; on dit même que des chirurgiens ne l'ont jamais rencontrée au cours de leur carrière ; d'autre part, les symptômes et la marche de la maladie ont quelquefois des caractères spéciaux qui en rendent le diagnostic difficile ; or, dans les cas de ce genre, le diagnostic ou plutôt l'inter-

vention précoce a une importance capitale au point de vue de la guérison, je dirai même de la vie du patient.

La pathogénie de l'affection a donné lieu autrefois à de nombreuses discussions et ne paraît pas être actuellement encore établie d'une façon définitive ; je ne vois pas la nécessité de redire les diverses opinions qui ont été émises et me contenterai de citer celle de Kliegl, qui me paraît la plus rationnelle. Pour cet auteur (1), le mécanisme du pincement latéral est le suivant : Une partie de l'intestin est amenée par la pression abdominale dans un orifice étroit et y forme un pli valvulaire ; si, sous une influence quelconque, cet orifice se contracte énergiquement, le pincement se produit. Cette courbure valvulaire se réalise le plus facilement au niveau de l'orifice crural où une portion de l'intestin peut se replier sur le ligament de Gimbernat ; et la pratique confirme la théorie, car c'est en cet endroit qu'on observe le plus souvent le pincement, quoiqu'on puisse aussi le rencontrer ailleurs.

Un point intéressant à signaler est la rapidité avec laquelle apparaît le sphacèle de la partie pincée. Cela s'explique aisément (2) par l'absence de mésentère ou d'épiploon dans l'anneau, par la disposition valvulaire de la partie pincée qui entraîne un pli obturateur dans les vaisseaux nourriciers et par la contraction énergique de l'anneau ; cette apparition rapide du sphacèle a une grande importance au point de vue du traitement.

Les symptômes ont beaucoup d'analogie avec ceux de l'étranglement ordinaire, notamment au point de vue des phénomènes généraux, mais ils peuvent en différer considérablement ; c'est ainsi que les vomissements manquent souvent ; il peut y avoir émission de gaz et de matières fécales ; quelquefois même on observe la diarrhée ; le ballonnement du ventre peut faire défaut ; cependant, la contraction spasmodique de l'intestin établit parfois un obstacle absolu au cours des matières. Vous pouvez conclure de tout cela que le diagnostic exact n'est pas toujours aisé ; on confondra souvent avec un étranglement herniaire, ce qui n'est dangereux que pour les partisans du taxis. On devra penser à la probabilité du pincement latéral de l'intestin, quand, avec des phénomènes généraux ordinaires des lésions aiguës de l'abdomen, on observe une saillie petite, non réductible, douloureuse en un point limité et siégeant à l'orifice crural, et le diagnostic acquerra plus de

---

(1) Kliegl, *Wien. med. Presse*, 1890, nos 6 et 7.

(2) Richter, *Traité des hernies*.

certitude si l'on constate l'émission des selles ou de gaz nombreux, l'absence de vomissements et de ballonnement abdominal. Fréquemment on ne pourra discerner le pincement intestinal d'une hernie épiploïque étranglée, quoique, dans ce dernier cas, les phénomènes généraux sont ordinairement moins accusés.

J'ai tenu à rappeler ces points de pathogénie et de symptomatologie afin d'attirer l'attention sur l'importance capitale d'une intervention précoce, même si le diagnostic n'est qu'approximatif; je dis « approximatif », car, comme le fait très justement remarquer Jaboulay (1), « à vouloir serrer de trop près un diagnostic, on s'expose à des accidents redoutables; on risquerait de ne pas voir un étranglement partiel mais serré, et il vaut mieux diagnostiquer un étranglement qui n'existe pas que de s'exposer à méconnaître un étranglement vrai ». D'autre part, certains praticiens, vu le peu de gravité apparente des symptômes, appliqueront des vessies de glace, feront des pulvérisations d'éther, etc., et pendant ce temps le sphacèle augmente et pourra amener la perforation. D'autres, et ils sont encore trop nombreux, pratiqueront le taxis; or cette manœuvre est absolument condamnable: vous avez affaire à une paroi intestinale très altérée, si pas sphacélée, serrée étroitement dans un anneau énergiquement contracté; par des pressions, même modérées, vous pouvez déchirer l'intestin et amener une péritonite septique ou tout au moins un anus artificiel avec ses conséquences désagréables, sinon funestes; d'ailleurs, le taxis n'a heureusement que peu de prise sur une aussi petite partie d'intestin, et dans les observations publiées il n'a jamais rien donné de favorable. Je signalerai en passant un autre inconvénient du taxis : quand il réussit, il fait pénétrer dans la cavité abdominale le liquide sacculaire septique. Je conclus en disant qu'une fois l'affection reconnue ou même soupçonnée, l'opération immédiate s'impose.

De la rapidité d'apparition du sphacèle découlent encore certaines indications au point de vue du procédé opératoire : nous avons vu que l'opération doit se faire le plus tôt possible; elle se fera comme dans un étranglement ordinaire ; seulement, à mon avis, il est utile d'y introduire une variante : je crois qu'il faut rejeter le procédé habituel de débridement de l'anneau; il y a danger à vouloir introduire un instrument, soit bistouri, soit sonde cannelée, entre

(1) JABOULAY, *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VII, p. 614.

un anneau fortement sérré et un intestin en imminence de sphacèle; cela pourrait amener une déchirure de l'organe malade, et il est préférable de débrider l'anneau par l'extérieur en sectionnant par petits coups de bistouri les tissus fibreux à une certaine distance de l'anneau pour se rapprocher du bord de ce dernier et arriver finalement au voisinage de l'intestin. Lorsque l'anneau est libéré, il arrive fréquemment que l'intestin s'échappe spontanément et rentre brusquement dans la cavité abdominale. Je crois qu'en cette occurrence, il n'est pas prudent d'imiter la conduite de Duplay, qui, si j'ai bien compris deux de ses observations (1), ne s'est pas soucié de cette disparition et a terminé son opération; peut-être l'apparence de l'intestin permettait à ce chirurgien, aussi habile qu'expérimenté, de procéder ainsi; en tout cas, il n'en est rien résulté de fâcheux; mais, à mon humble avis, je crois préférable dans ces circonstances d'aller à la recherche de l'intestin : il vaut mieux débrider largement comme dans la cure radicale, au besoin même faire une laparotomie et examiner le degré d'altération de l'intestin.

En cas de doute sur la vitalité de l'organe, on l'enveloppera de compresses chaudes et l'on attendra que la circulation se rétablisse. Si ce phénomène ne se produit pas, on se conduira différemment suivant la quantité de tissu disponible. Lorsqu'il n'existe qu'une légère portion d'intestin sphacélé ou s'il s'agit du gros intestin, on pourra refouler les parties malades à l'intérieur de l'intestin et réunir les parties saines par une ou deux rangées de sutures; je crois cette manière de procéder supérieure à celle qui consiste à enlever le tissu sphacélé : il faut naturellement qu'après la suture, la lumière intestinale soit suffisante pour le passage de son contenu : dans le cas contraire, la résection intestinale s'impose

Observation I.

Mme G..., âgée de 44 ans, a toujours été bien portante, si l'on exclut quelques crises de coliques hépatiques. Vers le milieu du mois d'avril de cette année lui survint, au niveau de l'anneau crural du côté droit, une petite grosseur non douloureuse, qui disparaissait à certains moments; deux médecins, consultés à ce sujet, ne purent se prononcer sur la nature de l'affection. Le 26 juin suivant, Mme G... eut une hémorragie utérine assez abondante et, brusquement, la petite tumeur devint douloureuse. Un médecin appelé émit

---

(1) Duplay, *Archives générales de médecine*, 1889, p. 559, et *Revue de cliniques chirurgicales*.

l'hypothèse d'une hernie de l'ovaire; le lendemain l'état devint plus grave et je fus appelé auprès de la patiente. Celle-ci était fort agitée, anxieuse; le facies était déprimé, le pouls accéléré, pas de température; à la région crurale se trouvait une tumeur du volume d'une noix, tendue, douloureuse spontanément et à la pression, avec infiltration œdémateuse de la peau et des tissus avoisinants. J'écartai le diagnostic de hernie de l'ovaire par suite de l'absence de douleur lors des menstruations précédentes; comme les vomissements et le météorisme faisaient défaut, que la malade avait eu une selle le matin et émettait des gaz encore dans la journée; vu la localisation précise de la douleur et le peu de volume réel de la hernie augmenté en apparence par l'infiltration des parties molles, je crus pouvoir éliminer un étranglement ordinaire, et diagnostiquai un pincement latéral de l'intestin, peut-être un étranglement épiploïque. En tout cas, je proposai l'opération d'urgence, qui fut acceptée. L'incision traverse les téguments épaissis par l'infiltration pour arriver au sac, lequel contenait une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent d'odeur désagréable; au fond du sac se voyait une portion d'intestin complètement noire; je débridai l'anneau par l'extérieur et, à la fin de ce temps, l'intestin s'échappa dans la cavité abdominale. J'agrandis mon incision et retrouvai la partie malade; il s'agissait de la face antérieure du cæcum, sur laquelle on voyait, saillant comme un doigt de gant, la partie herniée absolument sphacélée; des compresses chaudes n'ayant pu ramener la circulation, je retournai, sans l'ouvrir, la partie sphacélée à l'intérieur de l'intestin et suturai par dessus les parties saines voisines. Je terminai par une cure radicale. La malade guérit sans le moindre accident.

Observation II.

Mme X..., âgée de 26 ans, est généralement bien portante et ne présente pas d'antécédents. Il y a un an, elle remarqua à la région crurale gauche une petite grosseur pour laquelle on lui conseilla de porter bandage, ce qu'elle fit très irrégulièrement, attendu que le port de cet appareil lui occasionnait constamment des douleurs. Le 22 octobre dernier, vers 9 heures du matin, elle ressentit brusquement une douleur vive à l'endroit de sa hernie; néanmoins, elle continua à travailler jusque vers 11 heures, moment où les souffrances s'étaient tellement accrues qu'elle dut se mettre au lit. Je vis la patiente à 8 heures du soir; l'état général était déjà altéré, le facies anxieux, le pouls rapide et fréquent, pas de température; les douleurs étaient très accusées; la malade avait eu une selle dans la matinée et des gaz dans la journée; il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni ballonnement abdominal. Au niveau de l'anneau crural gauche, on constatait une grosseur du volume d'une noisette, très sensible à la pression, que je ne cherchai nullement à refouler. Je diagnostiquai un pincement latéral de l'intestin et proposai l'opération. Celle-ci, pratiquée immédiatement, confirma le diagnostic; pendant le débridement, l'intestin s'échappa dans le ventre où je dus aller le rechercher; il s'agissait de l'intestin grêle présentant une plaque noirâtre, longue de 1½ centimètre environ et large de 4 à 5 millimètres; j'enveloppai l'intestin de compresses humides et chaudes, et, au bout de quelques minutes, je vis la circulation sanguine se rétablir; je pus en conséquence refouler l'intestin dans la cavité abdominale et terminer mon opération, qui fut suivie d'une guérison parfaite.

Dr Lauwers (Courtrai). — **Invagination procidente du rectum avec étranglement et gangrène de l'intestin grêle, engagé dans le cul-de-sac péritonéal prérectal.**

Si je puis me fier à des recherches minutieuses, mais forcément incomplètes, dans nos meilleurs traités de pathologie chirurgicale, l'observation qu'on va lire se rapporte à une variété d'étranglements absolument exceptionnelle, et dont je n'ai trouvé d'exemple nulle part, pas même dans le livre magistral du professeur Treves, sur l'obstruction intestinale. Elle offre une preuve absolument remarquable de la résistance étonnante que présentent certains organismes aux infections les plus graves, et, dans le cas particulier qui nous occupe, à l'infection coli-bacillaire provoquée par une gangrène étendue de l'intestin grêle.

A ceux qui connaissent les dispositions anatomiques précises du prolapsus rectal, l'entête de cette observation aura permis de deviner du coup le mode d'obstruction, en somme fort simple, dont il s'agit.

Dans le prolapsus complet, et, à plus forte raison, dans l'invagination procidente du rectum (Delbet), le péritoine qui adhère intimement à la musculeuse de la paroi antérieure du rectum est entraîné et forme un cul-de-sac plus ou moins profond, dans lequel les anses intestinales, l'épiploon et même l'ovaire peuvent s'engager comme dans un sac herniaire.

Il se forme alors une véritable hernie à laquelle Uhde a donné le nom d'*hédrocèle* et qui, dans l'observation suivante, s'est étranglée et gangrenée.

Le 22 novembre 1900, je fus appelé à Belleghem, à cinq quarts de lieue de Courtrai, auprès d'une vieille fille épileptique de 74 ans, qui présentait depuis plusieurs jours des symptômes d'étranglement interne.

Des renseignements, très brefs mais assez précis, que j'obtins de la malade et de son médecin traitant, M. le Dr Sobry, il résultait que la patiente était affligée depuis trois ans d'un prolapsus rectal du volume d'un œuf de poule, et que la tumeur, habituellement réduite, s'était brusquement échappée le 18 novembre, occasionnant à la malade d'atroces souffrances. Cette fois-ci, le prolapsus rectal était énorme, et le Dr Sobry, qui fut invité à en faire la

réduction, m'affirma qu'il y avait de quoi remplir tout un chapeau. Il parvint sans trop de difficultés à réintégrer cette tumeur à l'intérieur du corps, mais il constata que, la réduction obtenue, il persistait néanmoins, dans l'ampoule rectale, une tumeur revêtue de muqueuse intestinale, qui avait, au bas mot, le volume de deux poings.

La rentrée de la tumeur intestinale prolabée n'avait pas mis fin aux phénomènes d'obstruction intestinale, et au moment où je vis la malade, il y avait un météorisme très prononcé, des vomissements fécaloïdes, un pouls à 120, une langue sèche et râpeuse, et l'arrêt des évacuations intestinales remontait à quatre jours.

Le toucher rectal me permit de découvrir, à 5 ou 6 centimètres de profondeur, une volumineuse tumeur, saillante dans la lumière de ce viscère, élastique, très douloureuse à la pression, dont je ne pus ni atteindre l'extrémité supérieure ni déterminer exactement la nature et les attaches.

Il ne pouvait plus être question d'un simple prolapsus rectal, attendu que la tumeur et l'étranglement persistaient, bien que le sphincter anal, agent habituel de l'étranglement dans les chutes du rectum, eût été franchi.

Malgré la rareté exceptionnelle du fait, surtout à cet âge et avec une tumeur procidente d'un pareil volume, — je fus amené à admettre une invagination iléo-cæcale, qui s'était poursuivie de proche en proche jusqu'à faire saillie hors de l'anus, et dont l'extrémité prolabée avait été repoussée à l'intérieur du rectum, sans que l'invagination elle-même eût été réduite.

Mon parti fut bientôt pris : l'intervention était urgente, et je pratiquai la cœliotomie le jour même, à domicile, assisté comme d'habitude, mais sans pouvoir, à mon vif regret, me servir du plan incliné de Trendelenburg, presque indispensable en pareil cas.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane, de l'ombilic à la symphyse. Aussitôt le ventre ouvert, j'écartai les anses grêles ballonnées qui s'échappaient, et je me mis à la recherche du cæcum, qui était en place, puis de l'anse iliaque qui était affaissée et se continuait régulièrement avec la portion intrapéritonéale du rectum. Mais plus bas, au fond du cul-de-sac de Douglas, existait un repli dur, semi-circulaire, dont la concavité dirigée en arrière embrassait la paroi antérieure du rectum; dans ce repli, ou, pour être plus exact, entre ce repli en avant et la paroi antérieure du rectum en arrière, une anse intestinale grêle s'était engagée. Je la dégageai et l'attirai en dehors : elle était longue de 40 à 50 centimètres, d'un

vert foncé, parsemée de plaques jaunes, recouverte sur presque toute son étendue d'un exsudat puriforme, dépressible comme du papier mâché, en un mot, gangrenée dans toute son étendue, mais non perforée. Je la confiai à mon aide et j'explorai de nouveau le sac herniaire. Comme je l'ai dit, l'orifice d'entrée de cette poche était constitué en avant par un repli rigide, semi-circulaire, et en arrière par la paroi aplatie du rectum. Cet orifice donnait accès à un sac péritonéal très profond, qui refoulait en arrière et en bas la paroi antérieure du rectum, de façon que le sac, coiffé par la muqueuse intestinale, faisait hernie dans la lumière de l'ampoule rectale.

Au fond du petit bassin, et à l'intérieur du sac herniaire, stagnait un liquide sanieux, roussâtre, à odeur fécale très prononcée. Cette sérosité infecte fut enlevée, d'une façon forcément imparfaite, par l'introduction répétée de tampons de gaze, montés sur une longue pince; puis, comme le pouls de la malade se maintenait assez bien, je pratiquai la résection de l'anse gangrenée et l'entérorraphie circulaire bout à bout, en ayant soin de faire porter mes sections et mes sutures sur des parois intestinales absolument saines. Avant d'appliquer mon double surjet, j'évacuai rapidement, par la lumière du bout supérieur, le contenu des anses ballonnées.

L'anse suturée fut réduite et la plaie abdominale fermée à double étage, sauf à l'angle inférieur, par où passait une longue mèche de gaze, introduite, en guise de drain, jusqu'au fond du sac herniaire.

L'anse excisée mesurait plus de 60 centimètres de longueur, et l'opération, faite vers la fin à la clarté fort défectueuse d'une lampe, avait duré un peu plus d'une heure.

Suites opératoires. — J'éprouvai un sentiment de délicieuse surprise lorsque j'appris, le surlendemain 24 novembre, que l'opérée, au lieu de succomber comme je m'y attendais, avait admirablement supporté mon intervention désespérée.

J'allai la voir le 25 novembre : elle avait la langue sèche et se plaignait d'assez vives douleurs, mais le pouls était bon, à 105; la température était à 37°,6, et il y avait eu d'abondantes évacuations alvines, liquides et gazeuses. Je renouvelai le pansement : les bords de la plaie, au point d'émergence du drain, étaient recouverts d'un enduit d'un gris sale, et un liquide sanieux, très fétide, suintait le long de la mèche.

Je retirai la mèche, je lavai prudemment la plaie et le trajet intra-abdominal à l'eau oxygénée très diluée, et je plaçai un nouveau drain.

Deux jours plus tard, le 27 novembre, même état : pouls de 100 à 112; température de 37°,4 à 37°,9. La malade, malgré sa langue sèche et dure comme du bois, avait pris avec goût du vin, du lait et des œufs. Je fis le pansement : la partie inférieure de la ligne des sutures était infectée. Je fis sauter trois fils; les fils profonds avaient déchiré le muscle et l'aponévrose, et l'anse intestinale suturée était à nu, recouverte d'une sorte de gélatine d'un jaune sale. Je retirai le drain. Pansement à plat, humide, à l'eau oxygénée.

Le 30 novembre : état général toujours assez satisfaisant. La plaie se déterge.

Le 3 décembre : un suintement de matières fécales liquides a imbibé les pièces de pansement. Dans la paroi bourgeonnante de l'intestin suturé et dénudé, j'aperçois deux petites fistules par où s'échappe, de moment à autre, un peu de liquide jaune, à odeur fécale très nette.

Le 5 décembre, voyant que la malade dépérissait, je rapprochai les bords des fistules stercorales par quelques points de suture à la soie fine.

Le 9 décembre, les matières fécales sont évacuées presque en totalité par l'anus. Le suintement fécal par la plaie a beaucoup diminué. L'état général est bon : pouls à 100; pas de fièvre; bon appétit, malgré la sécheresse persistante de la langue. La malade dort bien, n'accuse aucune douleur, et j'espère qu'elle ne tardera pas à entrer en convalescence.

Il me reste un mot à dire de la résection avec suture bout à bout, que j'ai pratiquée pour gangrène de l'intestin.

On s'accorde à dire que, dans cette grave complication, il faut s'abstenir d'une intervention aussi longue et aussi compliquée que la résection intestinale suivie d'entérorraphie.

Lorsque la gangrène est complète et totale, la méthode communément suivie consiste à attirer le segment intestinal sphacélé tout à fait hors du ventre et à fixer, par des sutures, les anses afférente et efférente adossées, aux bords de la plaie abdominale, qu'on ferme ensuite avec soin sur le reste de son étendue. On fend largement l'anse gangrenée pour permettre aux matières stercorales toxiques de s'échapper au dehors. Les tissus sphacélés sont excisés ou éliminés les jours suivants.

Si la gangrène est moins avancée, on peut, aussitôt le ventre ouvert et la lésion reconnue, réséquer l'anse menacée de sphacèle, exciser en V le segment correspondant du mésentère, et fixer à la plaie abdominale les deux orifices intestinaux.

Dans ces deux méthodes, il est essentiel de fermer hermétiquement la plaie abdominale tout autour de l'anus anormal. Et c'est là précisément le reproche fondamental que je crois pouvoir adresser à ces deux procédés. Le danger de la gangrène intestinale réside, non pas dans la destruction d'un segment intestinal plus ou moins long, mais dans l'épanchement septique, coli-bacillaire, qui filtre dans le péritoine au travers des parois intestinales sphacélées. Et à vouloir fermer le ventre sans drainage, on enlève au péritoine le seul moyen dont il dispose de se débarrasser de cet exsudat septique, et au malade sa seule chance de salut.

Dr Lebesgue (Bruxelles). — **Un cas de kyste suppuré de l'ovaire.**

La nommée A. R..., ménagère, âgée de 41 ans, entrée dans le service de M. le professeur Thiriar le 29 octobre dernier, a présenté un cas rare et intéressant de la chirurgie abdominale; aussi je me fais un plaisir de le signaler à la Société de chirurgie.

Comme antécédents, notre malade ne relate qu'une coqueluche, une rougeole et une fièvre muqueuse, affections dont elle a souffert dans son jeune âge.

Mère morte à 82 ans; père mort d'accident; la malade est mère de cinq enfants; elle n'a pas eu de fausse couche; premières règles à 14 ans, toujours régulières, les dernières il y a onze mois et demi; a accouché le 6 juin dernier d'un enfant vivant, à sept mois et demi; l'enfant est encore en vie; l'accouchement a été normal, facile même, car quelques douleurs suffirent à l'expulsion de l'enfant.

Immédiatement après la délivrance, le médecin accoucheur constata l'existence d'une tumeur abdominale siégeant au côté droit.

Dans les derniers temps de sa grossesse, la malade avait dû s'aliter à cause de légères douleurs siégeant dans l'excavation du bassin. Après l'accouchement, les douleurs reparurent pendant un mois, puis disparurent insensiblement, mais jamais complètement.

Quatre mois après son accouchement, à son entrée dans le service obtenue grâce aux vives et multiples instances de son médecin, nous constatons un état général très affaibli, cachectique; la malade a de la fièvre : 39°,8 le soir, 37°,4 le matin; le teint est subictérique; le pouls est fréquent et présente de l'intermittence.

Le ventre est volumineux, inégalement développé; la tumeur est proéminente à droite; la distance xypho-pubienne mesure 44 cen-

timètres ; la distance qui sépare les deux épines iliaques supérieure et antérieure mesure 59 centimètres.

A la percussion, on constate de la sous-matité dans toute la partie saillante de la tumeur; le bord supérieur de la matité atteint le rebord des fausses côtes sur la ligne mamelonnaire droite, à 15 centimètres sous l'appendice xyphoïde (ligne médiane) et à 22 centimètres d'une ligne horizontale passant par l'appendice xyphoïde (sur la ligne parasternale gauche).

A la palpation, on constate dans l'hypocondre droit des parties dures, bosselées, irrégulières; à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic existe une partie fluctuante, où l'on semble sentir des parties osseuses. Pas de sensation de flots; pas de circulation collatérale développée.

A l'auscultation, on ne perçoit aucun bruit.

Examen gynécologique : le col est légèrement entr'ouvert, il est ramolli ; le cul-de-sac gauche est libre ; le cathétérisme utérin donne 6 centimètres cubes ; les déplacements communiqués à la tumeur ne se transmettent pas au col ; la vessie est en arrière ; la tumeur est un peu mobile.

Il n'y a pas d'adénite inguinale.

La malade affirme que depuis l'accouchement le ventre n'a pas sensiblement augmenté de volume. Les seins sont petits, affaissés; il n'y a pas de sécrétion.

Urines, le 30 octobre : densité, 1.017 ; réaction alcaline, couleur citrine trouble ; albumine, traces ; sucre, traces ; chlorures, 5 grammes par 1,000 ; urée, 5 grammes par 1,000.

2 novembre : chlorures, $2^{gr},50$; urée, $5^{gr},02$; quantité incomplète.

3 novembre : quantité, 2,500 grammes ; chlorures, $8^{gr},75$; urée, $11^{gr},30$.

4 novembre : quantité incomplète.

5 novembre : chlorures, $3^{gr},60$; urée, $6^{gr},2$; quantité totale, 1,200 grammes.

Opération le 6 novembre.

Avant l'intervention, M. Thiriar pratique le cathétérisme utérin qui donne 15 centimètres. Ce fait contradictoire à l'examen fait antérieurement s'expliqua ultérieurement pendant l'opération. Narcose au chloroforme, soins antiseptiques. Laparotomie médiane qui met à nu une tumeur kystique volumineuse développée sur l'ovaire droit.

Du kyste ponctionné, il s'écoule un liquide purulent, épais, sans odeur.

L'épiploon et l'intestin grêle ont contracté de nombreuses adhérences avec la partie supéro-postérieure du kyste; ces adhérences sont détachées sous ligatures et la tumeur kystique éviscérée est réséquée sous ligature en chaîne.

La trompe droite est très augmentée de volume, elle a le diamètre du côlon, ses parois sont épaissies, elle ne contient aucun liquide, elle mesure environ 10 centimètres de longueur; ce fait explique les deux données différentes du cathéter.

Les annexes sont saines à gauche. Toilette du péritoine; hémostase et suture des plaies.

Le kyste est multiloculaire.

L'examen bactériologique du liquide, fait par M. le Dr Hermans au laboratoire de l'hôpital Saint-Pierre, démontre la présence de nombreux globules du pus et de quelques microcoques pyogènes.

La température, qui était montée à 40°,3 la veille de l'opération, tomba le 7 à 36°,7.

Le 8 novembre, l'état général était bon. Pouls, 23 au quart. On note trois intermittences. Pas de vomissement. Température, le soir, 36°,7 ; le matin, 36°,4.

Le 9 novembre : pouls, 19 au quart, faible. Température : le soir, 37°,2; le matin, 37°. On constate de nombreuses intermittences. Selles normales; pas de vomissement; pas de hoquet.

L'après-midi, la malade meurt subitement.

A l'autopsie, pratiquée par M. le Dr Vervaeck, on n'a constaté la lésion d'aucun organe. Pas de plaques fibrineuses sur le péritoine; un peu de liquide dans le Douglas.

On a, dans ces dernières années, attiré l'attention des chirurgiens sur la corrélation qui existe entre les adhérences de l'intestin, de l'appendice iléo-cæcal et la suppuration des kystes de l'ovaire ou du ligament large.

Schröder cite 2 cas d'adhérence de l'appendice pour 300 ovariotomies; Terrier cite 3 cas pour 8 séries de 25 ovariotomies; Terrillon cite 1 cas pour 200 ovariotomies.

Dans notre observation, l'appendice était sain; nous devons rechercher d'autres causes.

Faut-il admettre la possibilité d'infection par voie lymphatique de l'épiploon adhérent ou de l'intestin?

L'examen bactériologique semble répondre négativement à cette question ; l'absence de coli-bacille aurait de la valeur dans ce cas, quoique Fraise et Legrain aient signalé l'absence de microbes dans le pus des kystes de l'ovaire.

Il est, je crois, possible d'admettre, pour le cas qui fait l'objet de cette observation, l'influence de la grossesse.

Green Cumston, Pinard et Martin admettent la grossesse comme cause prédisposante favorisant la suppuration des kystes ovariques. Et, dans ce cas, nous voyons, en effet, l'évolution de la grossesse et celle du kyste ovarique marcher ensemble.

Quant à la symptomatologie de notre cas, elle a été celle décrite par les auteurs, sauf l'hypothermie citée par Mangold dans sa thèse.

Nous avons noté la fièvre, l'abaissement notable des taux des chlorures, l'état cachectique et la douleur.

BIBLIOGRAPHIE.

FRAISE et LEGRAIN, *Archives de tocologie*, 1892.

HENRICIUS, *Annales de gynécologie*, avril 1897.

MARTIN, *Krankheiten der Eier*, 1899.

DELBET, *Traité des suppurations pelviennes*, 1891.

CHOGNON, *Les adhérences de l'appendice.* (Thèse de Lyon, 1893.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

Dr A. Depage (Bruxelles). — Luxation du nerf médian.

MESSIEURS,

Le petit malade que j'ai l'honneur de vous présenter a été atteint d'un déplacement assez curieux du nerf médian, qui mérite d'être signalé en raison de sa rareté, car, dans la littérature, je n'ai trouvé aucun cas semblable.

Ce malade, âgé de 14 ans, se fit, trois mois avant son entrée à l'hôpital, une luxation du coude droit. A la suite de cet accident, il y eut impotence fonctionnelle absolue de l'avant-bras et de la main et une insensibilité, paraît-il, de la moitié externe de cette dernière.

La luxation fut réduite immédiatement à l'hôpital de Laeken, et le coude fut immobilisé pendant une huitaine de jours. A l'enlève-

ment de l'appareil amidonné, on mobilisa le coude sous chloroforme, et bientôt l'avant-bras reprit tous ses mouvements, mais la paralysie et l'insensibilité de la main persistèrent.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le 17 octobre 1900, on constate que l'avant-bras droit a les dimensions de l'avant-bras gauche, qu'il n'existe aucune déformation du coude, que les points de repère sont normaux, que les mouvements articulaires sont intacts et que, en un mot, rien ne rappelle la luxation articulaire ancienne.

Les muscles innervés par le médian sont paralysés; ce nerf présente une absence totale de réaction électrique, et l'examen de la sensibilité donne les résultats suivants :

1° A la face antérieure de la paume de la main : abolition de la sensibilité dans toute la partie externe correspondant au pouce, à l'index, au médius et à la face externe de l'annulaire. La face interne de l'annulaire, l'auriculaire et la partie correspondante de la main offrent une sensibilité normale;

2° A la face dorsale de la main : abolition de la sensibilité dans les parties correspondant au pouce, à l'index, au médius; la sensibilité est normale au niveau des deux autres doigts;

3° Au bras, la sensibilité est normale.

On constate, en outre, à la pulpe de l'index et du médius des eschares trophiques et une cyanose assez prononcée de ces doigts.

Je supposai que le nerf médian était enserré dans une néoformation conjonctive, et c'est dans le but de le dégager que j'intervins le 7 novembre.

Je fis, à la face antérieure du pli du coude, une incision longue de 10 centimètres, oblique en bas et en dehors, suivant le bord interne du biceps; les gaines aponévrotiques et l'expansion du tendon du biceps furent incisées, les veines superficielles du pli du coude écartées en dehors. La gaine vasculo-nerveuse fut ouverte et l'on y trouva l'artère et la veine humérales, plus un nerf, dans la partie supérieure de l'incision, qui, par son volume et ses rapports, semblait être le nerf médian. Celui-ci s'engageait dans une masse fibreuse vers l'articulation, et il fut poursuivi et disséqué jusqu'à l'épitrochlée. Je me demandai, à ce moment, si je n'avais pas affaire au nerf cubital. Je cherchai le médian dans la partie inférieure de mon incision, mais en vain. Je ne poussai pas mes recherches plus loin, me réservant pour une intervention ultérieure, et, après avoir constaté que le nerf radial était bien en place, je suturai la peau.

A la suite de cette première intervention, la cyanose de l'index droit et du médius s'accentua pendant quelques jours, mais peu à

peu elle disparut; le malade ressentit des picotements dans tout le bras; quant à la sensibilité, elle resta abolie à l'extrémité de l'index et du médius en avant et en arrière; elle revint à la base de l'annulaire et du médius.

La motilité de la main ne se modifie guère.

Ma seconde intervention eut lieu le 26 novembre, c'est-à-dire après cicatrisation complète de la plaie résultant de la première opération :

Incision rectiligne, verticale, longue de 8 centimètres, en arrière de l'épitrochlée; on découvre le nerf cubital, lequel est rétracté en dedans; on va ensuite à la recherche du nerf médian, au point où on l'avait laissé dans l'opération précédente; ce nerf est mis à nu et poursuivi derrière l'épitrochlée, où il se trouve encastré dans une gaine de tissu conjonctif et séparé du nerf cubital par un feuillet fibreux qui semble être l'aponévrose intermusculaire; le nerf médian est ainsi disséqué sur tout le pourtour de l'articulation et replacé à la face antérieure de cette dernière; il est aminci et paraît profondément modifié dans sa texture.

Suture de la peau par points séparés au crin de Florence; pansement aseptique.

A la suite de cette seconde intervention, la sensibilité resta abolie à l'extrémité de l'index et du médius; au pouce, elle resta normale; à l'annulaire et à l'auriculaire, la piqûre d'épingle fut très désagréablement ressentie par le malade les premiers jours qui suivirent l'opération. A la paume de la main, la sensibilité est normale

Le 5 décembre, enlèvement des fils; réunion *per primam*.

Le 10 décembre, M. le Dr René Verhoogen examine le malade et décide de le soumettre à l'électrisation.

Depuis, la sensibilité ne s'est guère modifiée, mais une amélioration sensible s'est produite dans les mouvements de la main.

M. Willems. — Le cas rapporté par M. Depage est en effet très intéressant, et je n'en connais pas de semblable; mais j'ai vu deux fois des accidents trophiques graves se déclarer à la suite de luxation de l'épaule, sans qu'on puisse s'expliquer les altérations nerveuses qui avaient dû se produire. Dans un de ces cas notamment, qui se termina par une atrophie complète du bras, je fis à deux reprises une incision exploratrice : la première fois, je disséquai le creux axillaire; la seconde fois, je recherchai les racines du plexus dans le triangle sus-claviculaire, avec l'espoir de trouver des lésions nerveuses qui auraient rendu compte des phénomènes et de pouvoir y porter remède. Je ne découvris rien du tout.



FIG. 1.



FIG. 2.

Dr A. Delétrez (Bruxelles). — **Hernie double inguinale volumineuse.**

Le malade que je vous présente est un ouvrier atteint depuis cinq ans d'une hernie inguinale volumineuse double, ainsi que le représente la figure 1.

J'ai pratiqué le 30 septembre la cure radicale par le procédé de Bassini.

La figure 2 représente le résultat opératoire; le temps écoulé depuis l'opération n'est pas suffisant pour conclure à une guérison définitive.

L'âge du malade (60 ans), sa profession de verrier, exigeant des efforts journaliers, et le volume de la hernie semblaient contre-indiquer l'opération; le résultat opératoire m'a paru assez satisfaisant pour vous être présenté.

Dr A. Depage (Bruxelles). — **Autoplastie frontale.**

Messieurs,

Quand on pratique la rhinoplastie par la méthode indienne, on a recours généralement à la greffe de Thiersch pour combler la perte de substance du front produite par cette opération. Dans un cas de nez ensellé que j'eus à traiter, il y a quatre à cinq ans, chez une jeune fille et où j'avais emprunté au front un lambeau ostéo-cutané pour corriger la difformité en question, au lieu de me servir de greffes, j'ai taillé de chaque côté du front un lambeau cutané, à base inférieure, se limitant par une incision courbe partant des angles supérieurs de la plaie et se perdant en dehors dans les cheveux. J'ai séparé ces lambeaux du péricrâne et les ai réunis sur la ligne médiane, laissant en dehors de chacun d'eux une plaie relativement étroite qui se cicatrisa par bourgeonnement. Le résultat de cette opération fut excellent. Au lieu d'une cicatrice large, j'obtins une cicatrice linéaire à peine encore visible aujourd'hui.

C'est cette méthode d'autoplastie frontale que j'ai employée chez le malade que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui, mais où j'ai dû modifier la disposition du lambeau à cause de l'étendue de la perte de substance.

Ce malade, âgé de 70 ans, était atteint d'un vaste *ulcus rodens* du front, allant depuis la racine du nez jusqu'à la naissance des cheveux. La néoplasie avait nécrosé l'os sur l'étendue d'une pièce de 5 francs, avait envahi toute la cavité du sinus frontal droit et s'était propagée dans les fosses nasales. A la suite de mon intervention, qui consista dans l'ablation de la tumeur, la résection de la paroi antérieure du sinus infiltré et le curettage de l'os sur toute la partie envahie, il me restait une vaste plaie du front, mesurant 12 centimètres de hauteur sur 8 centimètres de largeur et dont le fond était constitué par la paroi postérieure du sinus frontal, la table interne de l'os et en partie par la dure-mère mise à nu. Pour combler cette perte de substance, je taillai de chaque côté un lambeau cutané arrondi, à base inférieure, mesurant 10 centimètres de haut sur 8 centimètres de large, ainsi qu'il est indiqué à la figure 1.

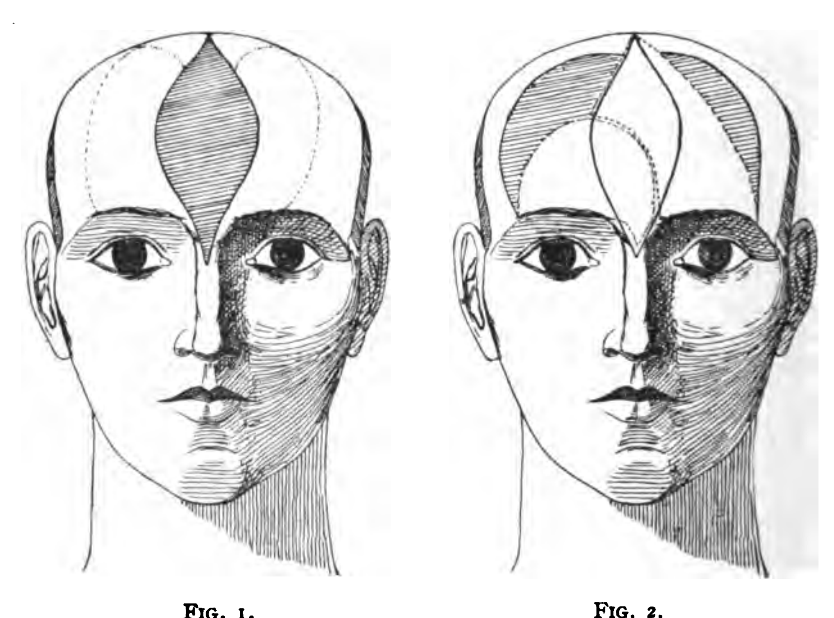


FIG. 1. FIG. 2.

Ces lambeaux furent taillés aux dépens du cuir chevelu et séparés dans la profondeur du péricrâne, qui resta adhérent à l'os. Je disposai ensuite les lambeaux sur la plaie médiane de façon à la recouvrir sur toute son étendue (fig. 2). Du rapprochement de ces lambeaux résultèrent deux plaies latérales, chacune de moindre

étendue que la première. Je parvins à suturer ces plaies en partie et comblai le reste par des greffes de Thiersch.

Comme vous pouvez vous en rendre compte, Messieurs, le résultat de cette opération est parfait. C'est à peine si l'on perçoit la ligne de réunion des lambeaux, et quant aux deux cicatrices latérales, elles sont moins apparentes dans le cuir chevelu que si elles étaient au milieu du front.

Il est toutefois à remarquer que pour pouvoir disposer les lambeaux ainsi que je l'ai fait dans le cas présent, il faut que le malade soit chauve, sinon des cheveux lui pousseraient jusqu'à la racine du nez. Quand on parvient à réunir les lambeaux sur la ligne médiane comme dans la rhinoplastie, cet inconvénient n'existe pas : le front est simplement diminué dans sa largeur.

Dr J. Vince (Bruxelles). — **Pyohémie d'origine otique.**

L'enfant Pierre Q..., âgé de 8 ans, est admis, le 11 avril, dans le service de M. le Dr Depage, que je remplaçais alors.

Quinze jours auparavant, le malade s'était présenté à la consultation d'otologie pour otite suppurée double, le côté gauche étant principalement atteint.

Le traitement institué amena une diminution notable de l'écoulement purulent, mais bientôt les souffrances devinrent plus vives, l'enfant fut en proie à une forte fièvre accompagnée de délire. Il se plaignait de violents maux de tête et de douleurs dans le ventre. Son état empirant sans cesse, il fut admis à l'hôpital et l'on pratiqua la trépanation mastoïdienne à gauche. On fut surpris du peu d'étendue des lésions et, soupçonnant une thrombose du sinus, on mit à nu celui-ci sans pouvoir y découvrir une lésion. Après le pansement, le malade entra dans nos salles.

12 avril. — Lorsque nous le voyons pour la première fois, il est somnolent, dans une demi-stupeur. Il ne répond qu'imparfaitement à nos questions.

Température de la veille au soir, 37°,2 ; le matin, 36°,8.

Nous réservons l'état local et passons à l'examen des différents appareils.

La poitrine ne présente point de lésion. Le cœur est normal, le pouls bat 30 au quart et a un caractère bondissant.

Les lèvres sont fuligineuses, la langue sèche, saburrale; les selles fréquentes, sans diarrhée.

L'abdomen est fort distendu, surtout dans la partie inférieure. Le réseau veineux superficiel est très apparent. La peau est sèche et la pression est fort douloureuse sur toute l'étendue du ventre.

Sensation de flot très nette et matité dans l'hypogastre et les fosses iliaques.

Le malade a uriné abondamment, 1,500 grammes environ; l'urine est claire.

Insomnie; pas de délire; pas de phénomènes spasmodiques.

13 avril. — Température le matin, 38°. Pouls, 30 au quart. Température le soir, 38°,8.

Le petit malade se plaint de vives douleurs dans l'oreille gauche. Il n'a pas dormi. Pas de selle. Le ventre est ballonné.

La quantité d'urine est de 1,600 grammes.

14 avril. — Température le matin, 37°. Pouls, 31. Température le soir, 40°. Respiration, 11.

Le malade a eu une selle très abondante à la suite de l'administration d'un mélange de calomel et de résine de scammonée.

Il a mangé de bon appétit.

Le ventre est dans le même état.

Les urines sont abondantes.

15 avril. — État stationnaire avec défervescence matinale à 37°,6.

Le malade se plaint de douleurs dans le genou et la hanche gauches; il étend parfaitement le membre sans faire naître de douleur. N'a pas dormi.

Le soir, la température atteint 39°,8; le pouls, 36 au quart.

Durant les jours suivants, aucun phénomène particulier; la température oscille entre 37°,8 et 39°,6; le pouls est toujours vite.

18 avril. — On lève le pansement de l'oreille. Peu de pus. On renouvelle le tampon. Le soir, température, 40°,1.

Le malade a depuis deux jours de la diarrhée. Il ne cesse de crier et de gémir.

20 avril. — Persistance des phénomènes abdominaux. Nous croyons à l'existence d'une péritonite tuberculeuse évoluant d'une façon aiguë sous l'influence de l'infection pyohémique. Nous pratiquons la laparotomie.

A l'ouverture du péritoine, nous nous trouvons en présence de la vessie surdistendue. Elle remonte jusque près de l'ombilic et s'étale vers les fosses iliaques. On pratique le cathétérisme; la tumeur s'affaisse. Le péritoine est sain et nous constatons seulement une suffusion sanguine en un point de l'intestin grêle.

Le ventre est refermé par trois plans de sutures.

Le soir de l'intervention, la température est de 36°,8.

Les jours suivants, nouvelles oscillations thermiques. Les selles continuent à être fréquentes et liquides. Le malade gémit sans discontinuer. La quantité d'urine émise est abondante. On sonde deux fois par jour.

24 avril. — La main gauche présente un peu d'œdème. Les urines et les selles sont *involontaires*.

La stupeur a augmenté.

On constate une petite tuméfaction rouge au niveau de la malléole externe droite. Elle est limitée aux tissus superficiels.

28 avril. — En procédant à l'examen général, on trouve une tuméfaction assez considérable occupant, sur la largeur d'un travers de main, la ligne apophysaire des quatre dernières vertèbres dorsales et des trois premières lombaires, et rappelant l'aspect d'une véritable gibbosité. La pression y est excessivement douloureuse; on n'y perçoit pas de fluctuation. La peau qui la recouvre est rouge, assez lisse.

29 avril. — Le pansement abdominal est levé. Les téguments seuls ne sont point réunis. Lavage de la plaie. Pansement à plat.

La rougeur de la malléole a passé à suppuration. On l'incise. Elle est limitée à la peau.

Les jours suivants, nouvelle élévation de température.

La région trochantérienne droite est fort augmentée de volume. Elle est tendue, lisse, rouge. Fluctuation nette en avant et en arrière du trochanter. L'abcès est incisé; il s'en écoule environ $^3/_4$ de litre de pus lié et assez odorant. Le doigt, enfoncé dans la plaie, pénètre dans la cavité articulaire et l'on sent les surfaces dépolies. La tête fémorale a abandonné la cavité cotyloïde et se trouve en luxation iliaque. On essaie de la réduire, mais, pendant ces manœuvres, elle se détache avec la plus grande facilité. Lavage de la cavité articulaire. Drainage.

Le soir de cette intervention, la température est de 37°,8; le pouls, à 42 au quart. Le malade est couvert de transpiration; il est fort abattu. Durant trois ou quatre jours, la température oscille encore entre 36°,8 le matin et 39 à 40° le soir.

Les urines et les selles sont toujours involontaires.

5 mai. — Gonflement au poignet gauche. La hanche droite suppure abondamment.

6 mai. — Tuméfaction considérable à la hanche gauche. Ce gonflement n'était pas apparent la veille. Fluctuation nette. On incise l'abcès. Écoulement d'une grande quantité de pus. L'articulation

est ouverte; les surfaces cartilagineuses sont dépolies. Pas de luxation. Lavage à la formaline et drainage.

10 mai. — La suppuration des deux hanches est abondante. Le pansement est renouvelé chaque jour.

11 mai. — Le malade a la face bouffie, légèrement cyanosée. Un peu d'oppression la nuit. Il ne gémit plus. Le poignet gauche est plus tuméfié et douloureux à la pression. Pas de fluctuation.

La plaie mastoïdienne n'a pas de tendance au bourgeonnement. La plaie abdominale est étalée et bourgeonne faiblement.

Du 11 mai au 10 juin. — État stationnaire; la température présente toujours de grandes oscillations. Les selles et les urines continuent d'être involontaires; le pouls est encore fréquent; la bouffissure de la face persiste, la stupeur a presque disparu.

11 juin. — La température du soir ne dépasse plus 37°,5.

Les différents abcès sont presque taris; le bourgeonnement s'accuse; la bouffissure de la face a disparu; la tuméfaction vertébrale a considérablement diminué de volume; on note, à son point culminant, de chaque côté de la ligne apophysaire, un petit ulcère de décubitus.

L'appétit renaît; la figure du petit malade est plus expressive; il répond parfaitement aux questions. Les selles et les urines sont encore émises involontairement.

19 juin. — Le genou gauche est encore douloureux : il se tuméfie, la peau est rouge à sa partie interne, pas de fluctuation. Cette lésion rétrocède facilement; le 22 juin, nous n'en constatons plus de traces.

A cette date, l'enfant demande pour la première fois le vase pour uriner.

12 juillet. — Tous les phénomènes ont disparu. L'intelligence est revenue, l'appétit est bon. L'enfant cause et est très gai. Il ne ressent plus aucune douleur. L'analyse des urines ne décèle pas d'albumine.

Actuellement, il persiste une légère convexité au niveau des vertèbres entreprises. La pression n'y est plus douloureuse. L'enfant marche, mais a une claudication très prononcée. Il y a un écart de 6 centimètres entre les deux membres inférieurs. Le membre inférieur droit est en rotation interne, la partie antérieure de la rotule regardant la face interne de la jambe gauche; le gros orteil droit repose sur le bord interne du pied gauche. Les différentes cicatrices d'abcès ainsi que celle du ventre ont subi la dégénérescence chéloïde.

De cette observation, je ne veux retenir que trois points :

1° Tout d'abord, les phénomènes abdominaux qui nous ont conduit à pratiquer une laparotomie. La sensation de flot, la matité simulant l'ascite ont été données par la distension vésicale. La possibilité de cette distension ne m'est point venue à l'esprit, le malade urinant régulièrement de 1,500 à 1,600 grammes par jour. Cette quantité n'était certes pas de nature à faire penser au regorgement. La paralysie vésicale me fut d'ailleurs expliquée lorsque je découvris la tuméfaction de la région dorso-lombaire. Nul doute que le centre génito-urinaire n'ait été entrepris. Je signalerai également que les urines ont cessé d'être involontaires avant les selles.

2° Les deux hanches ont passé à suppuration à quelques jours d'intervalle, et j'ai été surpris de la rapidité de formation de ces collections purulentes. La tuméfaction vertébrale n'ayant point suppuré, du moins vers les téguments, cette suppuration ne s'est-elle point évacuée le long de la gaine des psoas et collectée dans les hanches après avoir forcé la faible barrière de la bourse séreuse que la synoviale coxo-fémorale envoie à la face profonde de ces muscles ? Je livre cette hypothèse à l'appréciation de ceux qui me liront.

3° La terminaison favorable, malgré le degré d'infection du malade et la durée de l'évolution. Ceci ne fait d'ailleurs que confirmer la bénignité des accidents pyohémiques limités au système aortique.

Dr A. Delétrez (Bruxelles). — **Éléphantiasis de la vulve.**

La pièce que voici provient d'une opération que j'ai pratiquée, il y a quelques jours, chez une malade dont voici l'histoire en résumé :

Agée de 50 ans; pas d'antécédents héréditaires; convulsions dans le premier âge, puis attaques d'épilepsie vers 11 ans; à cet âge, la malade a dû faire usage de béquilles pour marcher; elle présente une intelligence très médiocre, du strabisme, deux pieds bots et de l'ankylose des articulations coxo-fémorales.

Il y a douze ans, elle s'est aperçue de l'existence d'une petite

tumeur au niveau de la vulve, tumeur qui a augmenté graduellement.

Elle atteignait, au moment de mon intervention, un volume énorme avec un diamètre antéro-postérieur de 35 centimètres et latéral de 24 centimètres.

Cette tumeur est constituée par les grandes et petites lèvres hypertrophiées; son poids, qui est de 5 $^1/_2$ kilogrammes, a entraîné la peau du ventre.

En arrière de la tumeur, on aperçoit le vagin, dont l'entrée est aplatie, et, en relevant fortement la tumeur, on parvient à découvrir le méat urinaire; on y introduit une sonde de façon à s'assurer de la position exacte de la vessie : celle-ci est dans sa situation normale.

La surface de la tumeur est remplie de nodosités et recouverte de poils sur une grande étendue; elle semble être constituée simplement par du tissu éléphantiasique.

Depuis la ménopause, il se produit tous les mois de la rougeur, du ramollissement et une exsudation séro-sanguinolente à la surface de la tumeur.

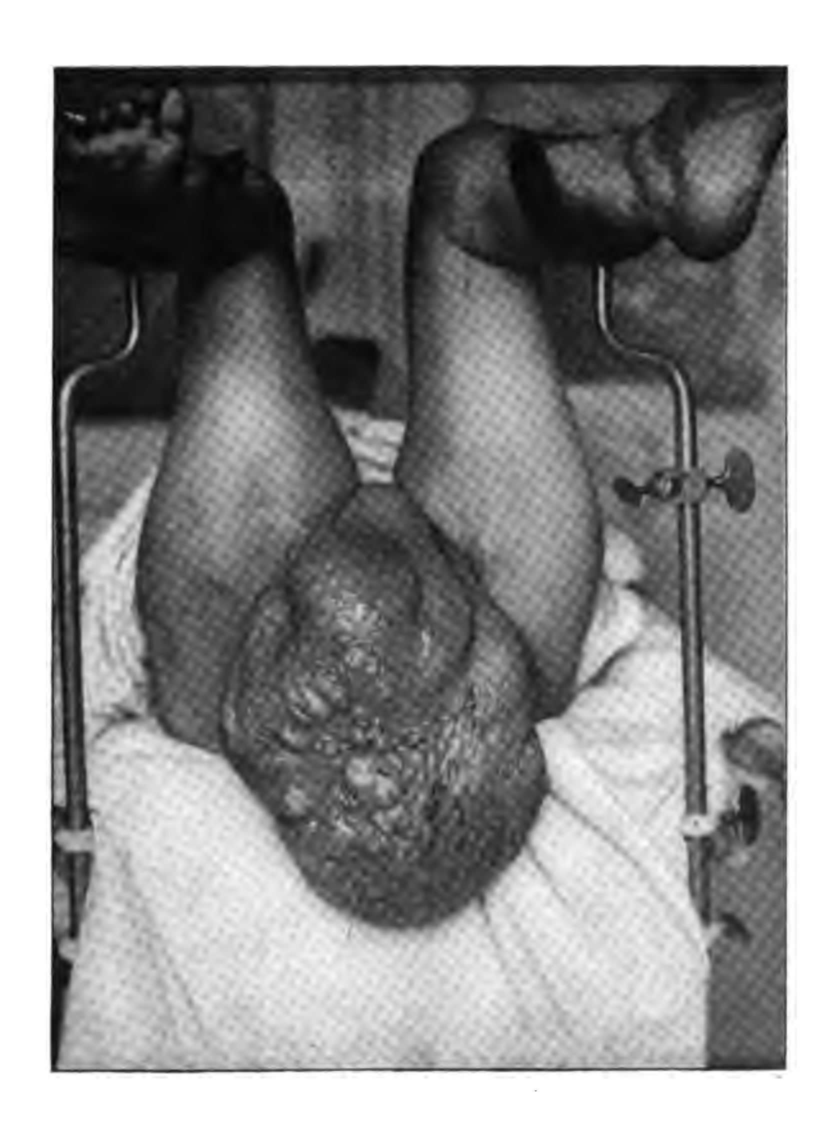
Je pratique l'extirpation le 15 décembre; l'opération ne présente rien de particulier, sauf une hémorragie assez importante, qui nécessite l'injection de 2 litres de sérum artificiel. Au point de vue clinique, je crois avoir eu affaire à un éléphantiasis de la vulve.

M. Dandois. — L'éléphantiasis est surtout remarquable par les altérations de la peau. Or ici la peau, bien qu'elle paraisse un peu plus épaisse que normalement, ne me semble rien présenter de spécial. Ne s'agit il point d'un lipome ?

M. Gallet. — La question vaut la peine d'être élucidée. Si notre collègue Dandois est dans le vrai, la tumeur n'est intéressante que par son volume considérable. S'il s'agit d'un éléphantiasis, le cas est bien différent : cet intérêt s'accroît singulièrement du fait de la rareté de l'éléphantiasis dans nos contrées.

M. Depage. - L'examen histologique peut résoudre le problème, et il est indispensable de le pratiquer. Autant que l'on puisse en juger, je partage l'opinion de M. Dandois. Je crois que ce n'est pas un éléphantiasis, mais un fibro-lipome.

(Page 358*bis*).



Dr Walravens (Bruxelles). — **Plastique italienne de la main.**

M. Walravens présente un enfant chez qui il a obtenu la cicatrisation d'une plaie de toute la paume de la main, consécutive à une brûlure, en pratiquant une greffe par la méthode italienne. Le lambeau a été pris sur le dos. (Ce cas sera rapporté en détail dans le prochain numéro.)

PRÉSENTATION DE RADIOGRAPHIES ET DE PHOTOGRAPHIES.

Dr Dandois (Louvain). — **Fracture tibio-tarsienne.**

Je viens de voir, six mois après l'accident, un cas complexe de trauma de l'articulation tibio-tarsienne que la radiographie rend particulièrement intéressant. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que l'astragale, en venant s'enfoncer comme un coin entre les deux os, a déterminé, outre d'autres fractures, une fracture du bord externe du tibia.

Je me propose d'intervenir chirurgicalement. Lorsque cette opération aura été pratiquée et le résultat atteint, je ferai faire une seconde radiographie, que nous pourrons mettre en parallèle avec celle-ci. Je préfère différer jusqu'à ce moment l'observation détaillée de ce cas et sa publication dans nos *Annales*.

Hernie volumineuse chez une vieille femme.

M. Debersaques montre une photographie représentant une vieille femme qui porte une hernie inguinale gauche d'un volume extraordinaire. La tumeur descend jusqu'au niveau du genou.

Le cas n'était pas opérable.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Dr Lorthioir (Bruxelles). — **Étuve électrique pour la stérilisation des instruments.**

MESSIEURS,

J'attire votre attention sur une étuve à air sec, récemment entrée dans le domaine de la pratique et fonctionnant au moyen de l'électricité.

Elle se compose, comme vous le voyez, d'une boîte en nickel contenant une résistance dans l'épaisseur de ses parois et au centre de laquelle se trouve un panier métallique qu'on retire comme un tiroir où l'on place les objets à stériliser. Dans le manche, une lampe témoin indique que l'appareil fonctionne; au fond se trouve une ouverture destinée à recevoir un thermomètre marquant la température de l'air intérieur.

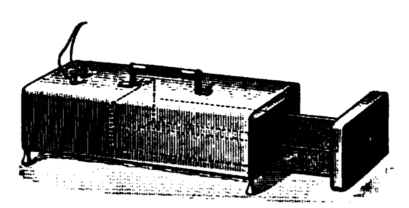


FIG. 1.

Cette étuve est surtout destinée à la stérilisation des instruments; elle peut être employée pour les pansements de petit volume. Elle présente, au point de vue pratique, de sérieux avantages sur les appareils similaires fonctionnant par le gaz.

Son emploi est extrêmement simple. Il suffit de la relier au courant de la ville, après avoir introduit les objets à stériliser dans le panier métallique.

Au bout de huit minutes, la température intérieure s'élève déjà à 75°; elle atteint 130° après douze minutes. A partir de ce moment, on rompt le courant et la température continue néanmoins à s'élever de manière à atteindre 175° dix minutes après ; au bout de dix minutes encore, elle s'est abaissée à 150° et les instruments peuvent alors être considérés comme absolument stérilisés.

Quand on a soin, comme je l'ai fait, d'intercaler dans le circuit un appareil automatique qui coupe le courant au bout de douze minutes, on n'a pas à s'inquiéter du stérilisateur; on évite ainsi l'ennui que nous connaissons tous de surveiller une étuve sèche au gaz, dont la température s'élève parfois trop brusquement et détrempe les instruments, ou ne s'élève pas assez et ne remplit par conséquent pas son but.

Le coût de la consommation est très minime : l'appareil utilise, à la tension de 110 volts, environ 5 ampères (exactement 5.2 au début et 5.05 à la fin). Au prix de 7 centimes l'hectowatt, — ce que paie le consommateur à Bruxelles, — la dépense pour les douze minutes est de 8 centimes.

Comme vous le voyez, cette étuve peut rendre de grands services au chirurgien et aussi au médecin pour la stérilisation journalière de petits instruments, tels que bistouris, pinces, ciseaux, scarificateurs vaccinaux, etc. Elle est construite par MM. Flicoteaux, Borne et Boutet, à Paris, sous le nom de « stérilisateur électrique du Dr Picqué. »

⁂

Suture par agrafage de la peau (procédé de Paul Michel, de Paris).

Ceux d'entre nous qui ont assisté au XIIIe Congrès de médecine, ont entendu la communication du Dr Paul Michel, de Paris, sur un procédé de suture par agrafage de la peau, procédé décrit à la Société de chirurgie de Paris en mai 1900.

J'ai eu l'occasion de l'employer assez souvent dans différents cas (laparotomie, hernies, plaies, etc.), et je n'ai qu'à m'en louer.

Voici de quoi se compose cette suture.

Les agrafes sont constituées par de petites lames de nickel pur, enroulées aux extrémités et y portant de petites pointes (fig. 3, A). Une pression latérale fait plier ces agrafes (fig. 3, B), dont les pointes s'enfoncent dans la peau et maintiennent un affrontement parfait.

La pince destinée à cet usage a la forme d'une pince à dissection ordinaire dont les extrémités sont creusées de deux petites gouttières qui reçoivent les agrafes (fig. 2).

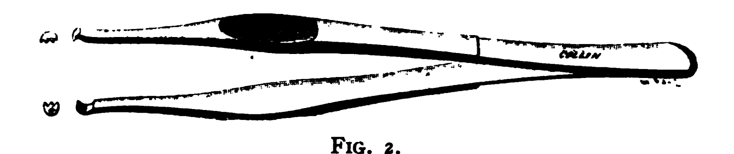


Fig. 2.

Un appareil automatique plus complexe (fig. 3) a été construit par la maison Collin, de Paris, et permet d'appliquer rapidement les agrafes qui se présentent d'elles-mêmes entre les mors : on peut ainsi poser trente lames par minute.

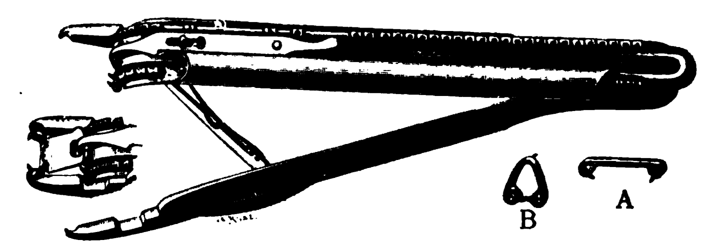


Fig. 3.

L'instrument s'aseptise et se démonte facilement. Quant aux agrafes, elles supportent sans altération la stérilisation au rouge sombre. Pour les enlever, il suffit de les redresser en introduisant dans chacun des bourrelets extrêmes un petit crochet *ad hoc* sur lequel on exerce une traction.

Comme les attaches ne portent que sur les parties superficielles, il est parfois nécessaire, pour rapprocher les tissus sous-jacents, de compléter l'affrontement par quelques fils profonds. J'emploie pour ces dernières sutures des crins de Florence ou des fils métalliques portant un plomb à chaque extrémité. Je fixe ces plombs, qui sont ronds et fendus, comme ceux qu'emploient les pêcheurs à la ligne, au moyen d'une pince spéciale (qu'a construite, sur mes indications, M. Mohr, de Bruxelles).

Les branches sont disposées de façon que le plomb soit simplement maintenu quand la pince est au premier cran et écrasé quand elle est au troisième.

L'ensemble du procédé est pratique, surtout chez les jeunes enfants, dont les pansements sont rapidement souillés et chez lesquels les fils forment drain pour infecter les parties profondes. Grâce aux agrafes, cet inconvénient n'existe plus, et j'ài pour habitude, quand j'opère des hernies chez des enfants en bas âge, de ne plus mettre de pansement et de laisser la plaie ainsi affrontée à l'air libre ou simplement protégée par un peu de gaze stérile qui est renouvelée dès qu'elle est souillée par l'urine ou par les matières fécales.

Quand il y a des fils profonds, ils sont enlevés dès le lendemain de l'opération ; les agrafes restent jusqu'au cinquième ou sixième jour, parfois jusqu'au quatrième seulement.

Le Secrétaire,

H. VERNEUIL.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

TABLE DES MATIÈRES PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE DES ORGANES.

Anesthésie.

Cavité buccale.

Cavité orbitaire.

Cerveau et cervelet.

Corps thyroïde.

Coude.

Cuisse.

Épaule.

Estomac.

Glandes salivaires.

Hanche.

Hernies.

Intestin.

Larynx.

Pages.

Muscles.

Nerfs et ganglions nerveux.

Œsophage.

Os du crâne et de la face.

Oreille.

Péritoine.

Pharynx.

Pied.

Plèvre et poumons.

Prostate.

Rachis.

Rein.

Sinus de la dure-mère.

Sinus de la face.

Tête et cou.

Utérus et annexes de l'utérus.

Uretères.

Veines.

Vessie.

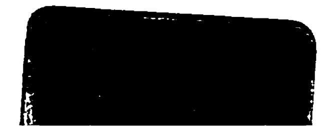
Vulve.

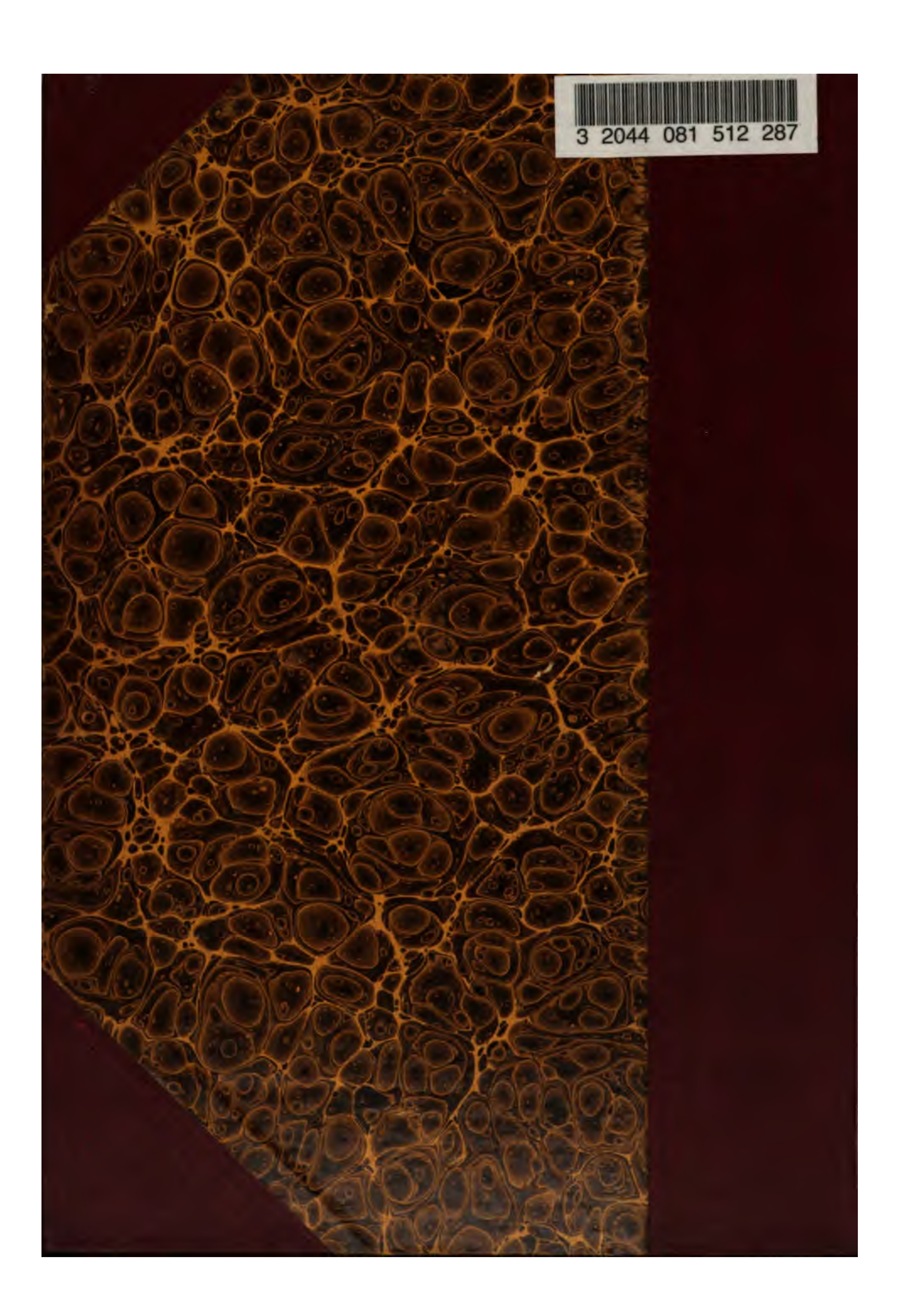
Divers.

Instruments.

Nécrologie.

Bruxelles. — Imprimerie Hayez, rue de Louvain, 112.




3 2044 081 512 287